

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação
Relatório de Estágio

Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso:
Intervenção do Especialista em Enfermagem de
Reabilitação

Maria João da Costa Pechorro

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação
Relatório de Estágio


Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso:
Intervenção do Especialista em Enfermagem de
Reabilitação

Maria João da Costa Pechorro

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Tudo o que chega, chega sempre por alguma razão ...”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Na apresentação deste relatório de estágio faz sentido referir algumas pessoas que contribuíram para a sua concretização e prestar algumas palavras de gratidão sincera.

À Senhora Professora Doutora Vanda Marques Pinto orientadora do projeto de estágio, do estágio e do presente relatório pelo apoio, incentivo e sabedoria transmitida. As suas palavras de encorajamento e ensinamento foram cruciais para o melhor desempenho.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Teresa e Isabel do Centro Hospitalar e da Unidade de Cuidados na Comunidade pela orientação, disponibilidade e partilha de experiências nos ensinamentos clínicos, contribuindo para o desenvolvimento das competências propostas.

À Senhora Enfermeira Chefe Helena pelo apoio nesta jornada que foi longa, nunca deixou de ter as palavras certas nos momentos certos para me encorajar.

A todos os Colegas do meu serviço que me apoiaram e incentivaram.
Agradeço-vos pela disponibilidade nas trocas.

À minha querida amiga Helena Guerreiro pela força transmitida, pelas palavras de coragem fazendo-me acreditar que é possível, sem o seu apoio, não teria chegado aqui.

À minha família que esteve sempre na primeira fila a torcer por mim, aparando-me nos momentos mais difíceis. Em especial à minha mãe que sempre acreditou, mesmo antes de mim, que iria conseguir; aos meus avós que são a minha inspiração e à minha irmã Susana, por estar sempre.

A todos os demais que atravessaram este caminho, em especial às pessoas de quem cuidei.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centro de Saúde

DGS- Direção Geral da Saúde

EC- Ensino Clínico

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE- Instituto Nacional de estatística

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM- Reeducação Funcional Motora

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

SO- Serviço de Ortopedia

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Com o desenvolvimento das ciências da saúde, a esperança média de vida tem vindo a aumentar. Contudo, este aumento traz uma maior predisposição para o internamento de pessoas idosas. A situação de doença e o próprio processo de envelhecimento conferem à pessoa idosa um estado de fragilidade e vulnerabilidade que, quando aliadas a situações de internamento e comorbilidades, promovem a diminuição da mobilidade funcional.

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora enquadram-se numa das áreas consideradas emergentes. Da mesma forma, o envelhecimento ativo é uma das áreas consideradas prioritárias e vários autores referem a importância da promoção da mobilidade no idoso. O Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) é, então, um interveniente fulcral a nível pessoal e social para promover a mobilidade funcional, especificamente no caso do idoso. Através da identificação das necessidades da pessoa idosa, o EEER procura planear um programa de reabilitação que promove a independência funcional, tanto maior quanto possível, visando a máxima autonomia do idoso para a realização das atividades de vida diárias.

O presente relatório consiste na descrição das atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos em contexto hospitalar e comunitário, assim como uma análise reflexiva das mesmas, tendo em conta a aplicação das competências e conhecimentos adquiridos. Igualmente, este relatório pretende demonstrar o desenvolvimento e aquisição de competências do EEER, bem como, a obtenção do Grau de Mestre com a respetiva defesa pública por referência aos indicadores de competência, quer no âmbito comum, quer especializado, e ainda aos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação.

Palavras-Chave: Mobilidade funcional; Idoso; Enfermagem de Reabilitação; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Average life expectancy has been increasing due to the recent advances in health sciences. However, this increase has led to a higher number of elderly people being hospitalized. Both illness and the aging process itself place the elderly person in a state of fragility and vulnerability which, along with hospitalization and comorbidities, promote the reduction of functional mobility.

According to the College of Specialty Rehabilitation Nursing, the autonomous interventions of the rehabilitation nurse in motor functions fall into one of the areas considered emergent. Likewise, active aging is one of the priority areas and several authors mention the importance of promoting mobility in the elderly. The Rehabilitation Nursing Specialist Nurse (EEER) is, therefore, a key player at the personal and social level to promote functional mobility, specifically for the elderly. By identifying the needs of the elderly, the EEER seeks to plan a rehabilitation program that promotes as much functional independence as possible, aiming at the maximum autonomy of the elderly to perform daily life activities.

This report consists of a description of activities carried out throughout clinical teaching in a hospital and in a community context, as well as a reflective analysis of them, taking into account the application of skills and knowledge there acquired. This report also aims to demonstrate the development and acquisition of (RNSN) competencies, as well as the completion of the Master's Degree level with the respective public defence complying with the competencies' indicators both in the common and specialized scope and also the Dublin descriptors for the 2nd degree cycle.

Keywords: Functional Mobility; Elderly; Rehabilitation Nursing; Nursing care

.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	20
2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A)	20
2.2. Domínio da melhoria da qualidade (B)	25
2.3. Domínio da gestão dos cuidados (C)	28
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)	30
3. AVALIAÇÃO /CONSIDERAÇÕES FINAIS E FUTURAS	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

APÊNDICES

Apêndice 1- Projeto de Estágio

Apêndice 2- Consulta de *Follow.up*

Apêndice 3- Formação

Apêndice 4- Folha de Registos

Apêndice 5- Plano de cuidados

Apêndice 6- Plano de exercícios

Anexos

Anexo 1- Certificados de congressos

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste no Relatório de Estágio enquadrado na unidade curricular *Estágio com Relatório*, inserido no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

De acordo com o plano de estudos aprovado, o Estágio com Relatório refere-se à operacionalização e desenvolvimento do projeto de estágio realizado na Unidade Curricular Opção II, do 2º Semestre do mesmo curso, pretendendo responder à estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre. Este integra um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados de acordo com a alínea b), do nº1, do Artigo 20º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, e que será alvo de apreciação e discussão pública por um júri nomeado (nº1 do Artigo 22º).

Com a aprovação de todas as unidades curriculares do curso, do estágio/ensino clínico (EC) e da aprovação no ato público do relatório de Estágio pretendo a atribuição do título profissional de EEER com a certificação de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEER definidas em regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como a obtenção do Grau de Mestre de acordo com os descritores de Dublin.

O início desta caminhada ocorre após oito anos de exercício profissional, três anos num serviço de Medicina Interna seguidos de cinco anos num serviço de Cirurgia Geral integrando uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos. Com o desenvolvimento da experiência profissional surgem novos desafios: a integração de grupos de trabalho nos serviços, a realização de auditorias, a formação entre pares, a integração de colegas, a supervisão de estudantes de enfermagem e a função de chefe de equipa. É essencial que o exercício da atividade profissional responda ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Código Deontológico e aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela OE, assim como às orientações clínicas e de boas práticas, dando resposta simultaneamente ao serviço e instituições que prezam e apelam a qualidade dos cuidados de saúde.

Sendo o EE o profissional que detém conhecimento específico com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão e em que o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2010a), senti que esta era a altura para aprofundar conhecimentos teóricos, práticos, científicos e profissionais.

No contexto da prática clínica observa-se um aumento do internamento de pessoas idosas. No contexto específico do serviço de cirurgia geral, cada vez mais acontecem cirurgias nas pessoas mais idosas as quais levam à diminuição da mobilidade e consequente diminuição da capacidade para a realização das atividades de vida diárias de forma mais autónoma. Por si só, o internamento leva ao crescente declínio funcional e especialmente dos idosos. Neste âmbito, há necessidade de desenvolver na prática de cuidados, um processo de enfermagem que responda às necessidades das pessoas e que promova a sua independência funcional, tanto maior quanto possível. Face à minha necessidade de aprofundar conhecimentos e de desenvolver conhecimentos e técnicas especializadas na área da reabilitação, decidi fazer um investimento profissional e académico na formação como Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem de Reabilitação com particular interesse na promoção da mobilidade funcional do idoso. O EEER é o profissional que através de conhecimento e procedimentos específicos, permite “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” com os objetivos de “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa” (OE, 2010b).

A escolha pela área temática do Idoso é reforçada através do documento exposto pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação que pretende incentivar a investigação e contribuir para o desenvolvimento da profissão. Assim, determinou que das dezasseis áreas, as intervenções autónomas do EEER na função motora é área considerada emergente e a promoção do envelhecimento ativo é considerada área prioritária (OE, 2015).

Assim, na realização do projeto de estágio, foi definido como área temática a promoção da mobilidade funcional do idoso, na medida em que a perda da mobilidade funcional da população idosa e consequentemente as alterações do processo de envelhecimento influenciam a capacidade funcional. Foi definido para a realização do estágio o objetivo geral: **desenvolver competências específicas de EEER e na**

reabilitação da mobilidade funcional da pessoa idosa e cinco objetivos específicos (Apêndice 1).

O projeto de estágio e respetiva operacionalização foram sustentados pela filosofia de cuidados de Virgínia Henderson que defende que a enfermagem é definida em termos funcionais; a saúde é equiparada a independência, sendo esta a capacidade da pessoa desempenhar os catorze componentes dos cuidados de enfermagem sem auxílio. Segundo Henderson, a pessoa e família são vistas como uma unidade em que o corpo e a mente são inseparáveis com catorze necessidades fundamentais. Sendo assim, o enfermeiro avalia a pessoa de forma holística, planeia e implementa os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades.

“a função da própria enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível” (Henderson, 2007, p.2)

Através da avaliação é necessário planear as intervenções para a satisfação das necessidades básicas alteradas e a satisfação das necessidades que são consideradas importantes para a pessoa e para quem cuida, contribuindo para o alcance da independência tão rapidamente quanto possível. O EEER é o enfermeiro com o conhecimento e competências específicas para desenvolver este plano.

O EC foi realizado em duas fases com o total de 500 horas de contacto ao longo de 18 semanas. A primeira fase de EC foi realizada no contexto hospitalar num Centro Hospitalar (CH), num Serviço de Ortopedia (SO), de 24 de setembro a 23 de novembro de 2018 e a segunda fase foi realizada no contexto comunitário numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) inserida numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de 23 de novembro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019.

A escolha das entidades envolvidas prendeu-se com a possibilidade de desenvolver as atividades delineadas para a aquisição das competências de EE e EEER dentro da área do projeto de estágio.

Este relatório de estágio está organizado em três capítulos. Após a presente introdução é apresentado, no segundo capítulo, o enquadramento teórico

relativamente à área temática, e, posteriormente é realizada a descrição das atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos de acordo com os objetivos definidos, de forma a demonstrar o desenvolvimento das competências de EE e EEER. O terceiro capítulo consiste na apreciação e avaliação do percurso formativo realçando os principais contributos para o desenvolvimento profissional e para a enfermagem, em especial no âmbito da Reabilitação. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas das fontes consultadas para a realização do presente relatório assim como alguns documentos de referência em Apêndice.

O presente trabalho é redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico. A sua apresentação é conforme as orientações presentes no Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização, homologado a 04/06/2019, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. As referências bibliográficas são efetuadas de acordo com a sexta edição da *American Psychological Association*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A compreensão de conceitos e o conhecimento acerca da temática é necessário para desenvolver os objetivos definidos e para uma intervenção sustentada, este capítulo pretende apresentar o suporte teórico para a realização das atividades ao longo dos ensinamentos clínicos e responder à finalidade do presente relatório. Segundo os descritores de Dublin para o segundo ciclo, é essencial desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo e aplicá-los num contexto de investigação. Como tal, segue-se uma análise teórica e reflexiva da literatura e conceitos disponíveis face aos objetivos a que me propus com este EC.

O envelhecimento da população é uma realidade transversal em Portugal, na Europa e no Mundo. O envelhecimento demográfico está associado a fenómenos como a redução da natalidade, a diminuição da população jovem, o aumento da longevidade e da população idosa. Em termos percentuais, em 2018, a população residente em Portugal era composta por 13,7% de jovens, 64,5% de pessoas em idade ativa e 21,8% de idosos face a 19,9% em 2013 (Instituto Nacional de Estatística, IP [INE], 2019).

O índice de envelhecimento irá acentuar-se e prevê-se que poderá duplicar entre 2018 e 2080, passando de 158,4 para 291 idosos para cada 100 jovens em Portugal. No mesmo contexto, estima-se que a população idosa irá passar de 2,2 milhões de pessoas com mais de 65 anos, para 2,8 milhões entre 2018 e 2080; sendo que em 2048 irá atingir-se o número mais elevado de pessoas (INE, 2019).

No contexto Europeu, Portugal em 2017 apresenta uma proporção de jovens inferior à União Europeia sendo o 3º país com maior percentagem de idosos (apenas ultrapassado pela Grécia e Itália) (INE, 2019).

O aumento da longevidade da população portuguesa é um fator positivo, no entanto, a qualidade dos anos de vida constitui um desafio para vários sistemas de suporte como os sistemas de saúde e segurança social. Para dar resposta a este contexto são desenvolvidas várias estratégias nacionais e internacionais pelas várias instituições e organismos de cariz público, social e privado.

O envelhecimento ativo é proposto em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Portugal está comprometido pela Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS com base nas iniciativas propostas de Ação da

União Europeia para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

O Ministério da Saúde através da DGS tem desenvolvido estratégias no âmbito do envelhecimento ativo e saudável. Em 2004, criou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas que tem como objetivo fundamental obter ganhos em saúde com anos de vida com independência e melhorar as práticas profissionais relativamente ao envelhecimento. Este programa assenta em três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; e promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência alertando para a necessidade de intervenção multissetorial e multiprofissional dos serviços de saúde, sociais e também da adaptação do meio ambiente às necessidades das pessoas idosas (DGS, 2004).

No dia 1 de outubro é celebrado o dia Internacional das Pessoas Idosas. Em 2012, foi considerado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as gerações para se refletir sobre facto de se viver mais tempo atualmente e com mais saúde do que nunca e aproveitar as oportunidades que este fator oferece na relação inter-geracional.

O Plano Nacional de Saúde inclui nas orientações a prevenção e controlo da doença, abordando a redução da morbilidade e incapacidade para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, aumentando a qualidade de vida, o bem-estar, a coesão social e a produtividade das pessoas e das comunidades (DGS, 2015). Tendo como uma das 4 metas: aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%.

De forma a cumprir com os compromissos com a OMS e a União Europeia, assumindo como ponto de referência o aumento da capacidade funcional das pessoas idosas e no âmbito dos programas de prevenção da doença, promoção da saúde e do Plano Nacional de Saúde o Despacho 12427/2016 propõe a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (DGS, 2017). Esta estratégia conta com a colaboração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Instituto de Segurança Social, IP, Direção-Geral da Segurança Social, IP, Cooperativa António Sérgio para a Economia Social, Direção-Geral das Autarquias Locais,

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Associação Nacional de Municípios Portugueses e Associação Nacional de Freguesias.

Através do processo de envelhecimento o ser humano passa por processos fisiológicos inerentes a esta fase, desde as alterações das estruturas: das células e tecidos, da composição global do corpo e peso corporal, dos músculos, ossos e articulações, da pele, tecido subcutâneo e tegumento, a nível metabólico e celular alterando o funcionamento do organismo; alterações funcionais dos vários sistemas: cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino, reprodutor, imunitário, ritmos biológicos e sono que mesmo que não se deteriore em simultâneo originam uma afeção nas funções. O envelhecimento pode dividir-se em primário que se refere ao processo de senescência; e secundário que diz respeito ao aparecimento das alterações físicas e mentais decorrentes de lesões e/ou doenças (Berguer & Mailloux-Poireir, 1995).

O envelhecimento pode ainda ser distinguido em três categorias: o biológico que resulta da vulnerabilidade crescente, que se denomina senescência; o psicológico que se relaciona com a autorregulação, com o tomar decisões e na adaptação ao processo de senescência; e o social que se refere aos papéis sociais das pessoas idosas esperados pela sociedade (Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016 citando Schroots e Birren).

Portanto, o envelhecimento de cada pessoa é resultado de fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos sendo um processo biopsicossocial ao longo de todo o ciclo vital (DGS, 2017). Assumindo que a idade cronológica não prediz diretamente às mesmas alterações estruturais e funcionais da pessoa, individualmente há diferenças no estado de saúde, participação e níveis de independência.

As alterações fisiológicas do envelhecimento tal como a diminuição da massa óssea e do músculo, e compromisso nas funções neurológicas e motoras do idoso, leva que este seja menos eficiente em termos de capacidade funcional (Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., & Granero-Molina, 2016).

A presença de comorbilidades e doenças crónicas potenciam morbilidades, hospitalização, readmissão nos serviços de Urgência, institucionalização e mortalidade (Lopes, Lage, Vancini-Campanharo, Okuno, & Batista, 2015).

Durante a hospitalização o foco de avaliação é a resolução da situação clínica descurando o declínio funcional inerente, e assim, a hospitalização pode representar o caminho para a institucionalização e perda funcional, pois a pessoa vive reduzidos níveis de mobilidade e atividade comprometendo o seu estado físico (Mendonça, Souza-Muñoz, Vieira, Silva, Sales, Moreira, 2016).

Nos dias de hoje, cada vez menos se preconiza o repouso para o tratamento da doença e recuperação da saúde. Analisando os estudos de Mendonça et al. (2016) são revelados os efeitos negativos do repouso e imobilidade como causa da disfunção, ressaltando os efeitos benéficos da atividade física e da realização de exercícios. As consequências do repouso prolongado no leito devido à hospitalização incluem naturalmente a imobilidade, perda óssea acelerada, desidratação, desnutrição, delírio, privação sensorial, isolamento, as forças de pressão sobre a pele, além da incontinência fecal e urinária (Mendonça et al. 2016).

As consequências da imobilidade são a nível dos vários sistemas e órgãos: alterações respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, urinárias, no sistema nervoso, na pele e tegumentos e alterações músculo-esqueléticas (OE, 2013). Não mais importante, mas de fato, mais afetado devido às alterações da mobilidade pela diminuição da contração muscular, perda de força e da massa muscular, atrofia muscular e da cartilagem com desorganização celular nas inserções dos ligamentos, mudanças no tecido conjuntivo peri-articular e intra-articular, contratura, redução da amplitude articular e osteoporose. É o sistema músculo-esquelético (OE, 2013) que quando afetado interfere na capacidade funcional da pessoa, mais especificamente na qualidade da marcha, transferências e posicionamentos no leito, cadeira de rodas ou cadeirão, condicionando a capacidade de resposta nas atividades de vida diárias. (Lourenço et al., 2016; OE, 2013).

Segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem, o movimento é definido por “processo corporal”, e o movimento corporal é o “processo do sistema músculo-esquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e das articulações” (OE, 2015, p.66).

A mobilidade é a capacidade de nos movimentarmos livremente no nosso ambiente; indispensável à manutenção de uma atividade fisiológica normal da qual depende o bom funcionamento dos diversos sistemas; crucial para garantir as

necessidades da pessoa e as necessidades psicossociais mais elevadas, que envolvem a qualidade de vida (Lourenço et al., 2016; OE, 2013).

A imobilidade e a limitação funcional podem ter como consequências “a depressão, a desorientação, a irritabilidade, a falta de energia ou interesse, a incontinência, as alterações do equilíbrio, o aumento da dor ou sofrimento e as doenças em geral” (Hoeman, 2011, p. 209).

A mobilidade funcional pode estar alterada de forma temporária ou definitiva, gerando perda de independência, autonomia e redução do bem-estar e da qualidade de vida (Lourenço et al., 2016; OE, 2013). Embora as causas da imobilidade possam ser diversas conduzem à perda da capacidade funcional, levando ao Síndrome da Imobilidade. O Síndrome da Imobilidade, ou Síndrome do desuso é definido como o estado em que o indivíduo se encontra com o risco de deteriorar os sistemas corporais como resultado da inatividade músculo-esquelética prescrita ou inevitável (Lourenço et al., 2016).

A população idosa é mais suscetível de ter a mobilidade comprometida pela sua vulnerabilidade a eventos adversos, pois o aumento da expectativa de vida é acompanhado de alterações fisiológicas e comorbilidades que podem comprometer a capacidade funcional. (Virtuoso-Júnior, Tribess, Smith Menezes, Meneguci, & Sasaki, 2016).

A componente neuro sensorial e cognitiva é também de grande importância na influência na mobilidade e capacidade funcional (Kalsait, Lakshmiprabha, Iyyar, & Mehta, 2017), há uma correlação entre o comportamento cognitivo com a capacidade da mobilidade funcional, ou seja, quando há um declínio da cognição há declínio da mobilidade funcional.

Um dos objetivos do EEER que cuida da pessoa idosa na ótica do envelhecimento saudável e ativo refere que é imperativa a promoção de um estilo de vida saudável capacitando-o, com vista a maximizar a sua qualidade de vida, sendo a prática de exercício físico um dos fatores promotores do envelhecimento ativo. A prática de exercício físico permite melhorar e aumentar as potencialidades da pessoa idosa, reduzindo os riscos associados a esta faixa etária, nomeadamente ao nível da prevenção de quedas, aumentando assim, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. (Lourenço et al., 2016).

A avaliação do efeito do exercício físico vigoroso em idosos saudáveis e inativos num estudo permitiu concluir que oferece melhorias significativas na maioria das habilidades avaliadas e maximiza as capacidades funcionais das pessoas idosas (Todde et al., 2016).

Um estudo piloto demonstrou a viabilidade do treino em passadeira sem pesos em idosos com mobilidade reduzida obtendo ganhos significativos na capacidade de treino e melhorias significativas na capacidade física ao longo dos 12 meses de intervenção (Peterson, Williams, Caves, & Morey, 2014).

Um estudo que pretendia avaliar os efeitos a longo prazo nas atividades de vida diárias, após três meses de intervenção, através da função do equilíbrio, do nível de atividade física, do desempenho físico, do risco de queda, do bem estar e da função cognitiva realçou a importância da atividade física contínua, individualizada com base na manutenção das funções físicas dos idosos (Frändin et al., 2016).

A capacidade funcional dos idosos é melhorada através da implementação de um plano de intervenção vigoroso, estruturado beneficiando a performance física e o equilíbrio em idosos (Todde et al., 2016; Frändin et al., 2016; Liang et al., 2017). O exercício físico com supervisão por profissionais tem maiores resultados que os realizados em casa ou em instituições com a supervisão de cuidadores (Kwok & Tong, 2014). Consequentemente, a intervenção individualizada com foco nas atividades físicas diárias é eficaz na melhoria das transferências, do equilíbrio e do nível de atividade se for comparado com os cuidados standard, no entanto o efeito da intervenção depende do tempo total da atividade, ou seja, os efeitos são mais efetivos se continuados (Grönstedt et al., 2013; De Vries et al., 2013).

A prevenção do declínio funcional é conseguida com melhoria na capacidade funcional através da atividade física contínua com base numa equipa multidisciplinar através de múltiplos componentes: exercício físico individualizado, supervisionado, progressivo, de resistência, de equilíbrio, de marcha (Martinez-Velilla et al., 2015). A abordagem mais apropriada para realizar exercício físico com os idosos é com base num programa de exercício físico estruturado e personalizado (De Vries et al., 2013).

A atividade física favorece a mobilidade funcional dos idosos e é crucial haver ações dirigidas aos idosos que avaliem a força muscular sendo um preditor da mobilidade funcional (Rocha, Santos, Vasconcelos, & Santos, 2016)

Programas de promoção da saúde que enfatizam as pessoas idosas a permanecerem em suas casas chamados “*ageing in place*”, são relevantes para apoiar e melhorar a saúde com efeitos positivos para a manutenção da independência na realização das atividades de vida diárias; em contrapartida é essencial uma intervenção específica com os idosos que vivem sozinhos, pois são os maiores beneficiários deste tipo de programas (Dahlin-ivanoff et al., 2016).

Roma et al (2013) pretendiam comparar os efeitos da atividade física e funcional (força muscular, equilíbrio e flexibilidade) em idosos através de dois programas de exercício físico supervisionado, que incluía resistência e exercícios aeróbicos e concluíram que ambas atividades são eficazes para melhorar a condição física e a funcionalidade na população idosa.

Um estudo em que pretendiam avaliar a eficácia de um programa de reabilitação de enfermagem utilizando a atividade física de intensidade moderada na capacidade funcional de idosos institucionalizados corroborando que um programa de intervenção com atividade física de moderada intensidade (três sessões semanais de 30 minutos durante 6 meses) melhora a capacidade funcional e reduz o risco de quedas nos idosos institucionalizados (Preto et al., 2016).

Tendo como base todos estes conhecimentos, passo a descrever no capítulo seguinte a minha análise crítica face aos objetivos definidos no projeto inicial e as competências desenvolvidas no contexto da Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O presente capítulo pretende através da descrição das atividades desenvolvidas ao longo dos ensinos clínicos realizar uma análise e reflexão acerca das mesmas, justificando o desenvolvimento e aquisição das competências gerais e específicas de EE e EEER, assim como ir de encontro com os descritores de Dublin para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

De forma a possibilitar o desenvolvimento das referidas competências foi delineado em projeto de estágio um objetivo geral:

- Desenvolver competências específicas de EEER e na reabilitação da mobilidade funcional da pessoa idosa.

Os cinco objetivos específicos foram delineados de acordo com os quatro domínios das competências comuns do EE, em que em cada domínio são englobadas a unidades de competências do EE (A; B; C e D) e do EEER (J1; J2 e J3), de acordo com os respetivos regulamentos.

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A)

No presente domínio foram definidos 2 objetivos específicos:

- Desenvolver uma prática responsável e profissional com base no respeito pelos direitos humanos, princípios, valores e normas éticas, deontológicas e legais
- Integrar na dinâmica funcional, estrutural e organizacional do local de estágio assim como na equipa de saúde multidisciplinar.

Para a concretização destes objetivos foram desenvolvidas e adquiridas as competências:

- ✓ Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1);
- ✓ Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2);
- ✓ Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3);
- ✓ Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (C1);

- ✓ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- ✓ Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1).

A prática responsável e profissional são premissas que regem a atividade da profissão constituindo pilares pressupostos e contemplados no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, no Regulamento de Competências Comuns do EE e específicas do EEER, no REPE e no Código Deontológico do Enfermeiro.

Este comportamento é desenvolvido no dia-a-dia na prestação de cuidados e foi demonstrado ao longo dos ensinamentos clínicos. A sua concretização ocorre através do exercício seguro com base num corpo de conhecimentos levando à tomada de decisão fundamentada, com base no respeito da pessoa, tendo em conta as suas crenças, valores e costumes, no respeito da sua autonomia e autodeterminação; da sua privacidade; na garantia da confidencialidade e segurança da informação recolhida (OE 2015b, OE 2011).

O desenvolvimento deste objetivo foi demonstrado no seio das equipas multidisciplinares. Principalmente pelas equipas de enfermagem, juntamente com os enfermeiros orientadores, através de decisões partilhadas tendo por base o respeito pela pessoa e família durante a prestação de cuidados.

A integração na dinâmica funcional, estrutural e organizacional dos locais de estágio deram início na fase de elaboração de projeto quando foram realizadas as entrevistas aos enfermeiros orientadores e respetiva visita aos locais de estágio. Esta atividade foi importante para a preparação do contexto de cada EC, desde a apresentação dos enfermeiros orientadores, assim como da estrutura física de cada local, o que também proporcionou a realização do projeto de estágio mais realista com base em cada contexto.

No início de cada EC foi apresentado o projeto de estágio à enfermeira orientadora de forma a que o mesmo fosse exequível em cada contexto, o qual foi bem recebido com forte disponibilidade e amplas oportunidades de ser aplicado.

O primeiro período de EC, como já foi referido, foi realizado no contexto hospitalar num CH, no SO. A sua integração foi facilitada por ser onde exerço a minha atividade profissional conhecendo a sua missão, dinâmica organizacional e estrutural,

procedimentos e protocolos. Foi permitido, ainda assim, conhecer a dinâmica, protocolos e procedimento específicos do serviço devido à sua diferente localização dos serviços centralizados do CH.

O SO é um serviço que quanto à estrutura física está situado num só piso, dividido em 4 salas de enfermaria, perfazendo um total de 38 unidades de internamento. As salas 1 e 2 são de internamento de Mulheres e as salas 3 e 4 são de internamento de Homens. A equipa de enfermagem é dividida pelas duas alas: Homens e Mulheres, apesar de ser uma equipa única, é dividida pelas duas alas, constituída por enfermeiros de cuidados gerais e uma EEER. O método de trabalho é o método responsável, mas é visível o trabalho em equipa entre os elementos e na organização das rotinas do serviço, este fator contribuiu para o sucesso na integração no serviço, na equipa de enfermagem e multiprofissional: assistentes operacionais, administrativas, equipa de gestão de altas, assistente social, fisioterapeutas e médicos.

No SO tive oportunidade de realizar o EC em simultâneo com uma estudante do Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, o que permitiu uma aprendizagem partilhada rica em partilha de saberes e experiências, além de que a colega exerce funções no serviço, facilitando o processo de integração e contribuindo para o conhecimento da dinâmica funcional.

Considero que a integração no serviço aconteceu com sucesso proporcionado pelo trabalho em equipa vivido, pelo desempenho da enfermeira orientadora que demonstrou franca disponibilidade, oferecendo diversidade nos momentos de aprendizagem, apesar do serviço específico na área de Ortopedia, com consequente desenvolvimento e aquisição das competências propostas de EE e EEER.

No decorrer do EC tive oportunidade de conhecer o serviço de Cirurgia de Ambulatório onde integra o Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, Serviço Consultas Externas. Foi também possível conhecer o Bloco Operatório Central onde foi possível assistir a cirurgias.

A área de ortopedia é uma área específica que exigiu estudo acerca das patologia, cirurgias e procedimentos próprios para poder responder às competências exigidas no EC. Foi necessário procurar e aprofundar alguns conhecimentos para fundamentar as intervenções de enfermagem e mobilizá-los no contexto da prática clínica.

A pessoa internada no SO pode ser proveniente do Serviço de Urgência ou do Serviço de Cirurgia Geral que integra a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, maioritariamente por traumatismo devido a queda ou acidente de viação; pode ainda ser proveniente, eletivamente, da Consulta Externa.

Sendo um serviço de Ortopedia em que os problemas necessariamente afetam a mobilidade funcional, é também um serviço em que a maioria dos clientes internados são idosos o que facilitou a operacionalização do projeto de estágio.

O segundo período do EC decorre em contexto comunitário, numa ECCI integrada numa UCC de um ACES. Os Cuidados de Saúde Primários são outra realidade de contexto de cuidados, a sua estrutura organizacional tem vindo a ter alterações regidas por decretos-lei e orientações normativas da Direção Geral da Saúde. Assim, houve necessidade de efetuar um enquadramento no contexto do EC através da leitura de decretos-lei, portarias e despachos, nomeadamente o decreto-lei que cria os ACES do Sistema Nacional de Saúde (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro), o que cria a RNCCI (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho de 2006), o Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, que aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da UCC e a Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro, referente à estrutura e funcionamento da ECCI.

Os ACES foram criados em 2008 com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, constituídos por várias unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, UCC, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e Unidades de Saúde Pública; sendo que das duas últimas existe uma por cada ACES.

As UCC são unidade funcionais do ACES que se definem por prestarem cuidados de saúde e apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro; artigo 3º do Despacho 10143/2009 de 16 de abril).

A equipa da UCC é composta por uma equipa multiprofissional: enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistente social e outros profissionais, mediante a missão e necessidades e disponibilidade de recursos. Através da UCC, o ACES participa na RNCCI, integrando a Equipa de Coordenação Local. Compete à UCC constituir a ECCI que são designadas equipas domiciliárias que prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma; e são constituídas designadamente por enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais. (Decreto-Lei N. 28/2008; Portaria No174/2014).

O EC na UCC permitiu-me ter contacto com trabalho desenvolvido na comunidade e apreciar a sua importância junto da mesma. Há um plano de ação que é delineado anualmente que tem em consideração os diagnósticos levantados na comunidade tendo em conta as orientações definidas pelo Plano Nacional de Saúde e respetivos programas determinando atividades e objetivos a atingir. Foi permitido ter contacto com os vários profissionais integrantes, através da assistência da reunião multidisciplinar realizada mensalmente, assim como ter conhecimento dos projetos de intervenção e programas vigentes: na área de Saúde Escolar, Saúde Infantil com parceria com Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e Serviço de Intervenção Precoce na Infância; Saúde Materna e Obstetrícia com curso de preparação para o Parto e para a Parentalidade, projeto da Equipa de Prevenção da Violência em Adultos; projeto de prevenção de quedas na pessoa Idosa; entre outros.

A ECCI tem a capacidade de 50 unidades de internamento sendo constituída por uma equipa multidisciplinar que evidencia a interdisciplinaridade e o trabalho em equipa. Semanalmente é realizada uma reunião com a ECCI que consiste na organização e planeamento da semana, nomeadamente de recursos materiais, humanos, gestão de viaturas, agendamento de visitas multiprofissionais com médico, assistente social e fisioterapeuta. O método de trabalho da equipa é o de gestor de caso, mas há sempre uma partilha dos casos entre a equipa com a articulação entre a restante equipa multidisciplinar com espaço para discussão dos casos dos clientes e famílias através de decisões partilhadas e de equipa.

2.2. Domínio da melhoria da qualidade (B)

Neste domínio foi definido o terceiro objetivo específico:

- Elaborar estratégias e planos de intervenção no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, com ênfase na pessoa idosa com alterações da mobilidade funcional.

Com a sua concretização foi permitido adquirir e desenvolver as seguintes competências:

- ✓ Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- ✓ Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2);
- ✓ Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro (B3);
- ✓ Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. (C1);
- ✓ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- ✓ Baseia a sua práxis clínica especializada sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2);
- ✓ Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (J1).

No sentido de desenvolver competências neste domínio foi necessário consultar normas, protocolos e projetos vigentes nos serviços de EC.

No processo de acreditação do CH houve oportunidade de participar em auditorias de forma à instituição e serviços cumprirem com os critérios de qualidade exigidos. Durante o EC foram levantadas situações de risco e situações presentes no serviço e posterior requisição das respetivas reparações aos serviços técnicos e de equipamentos, nomeadamente reparações de camas, termómetros, arranjos das instalações arquitetónicas, assim como solicitação de recursos. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências de gestão a nível organizacional visando

o ambiente terapêutico e seguro, a prevenção de incidentes, a gestão do risco e contribuição para a efetividade terapêutica.

No Plano Nacional de Saúde com extensão a 2020 está contemplado nos Eixos Estratégicos Nacionais para a Qualidade na Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, seguindo as recomendações do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos doentes. Este plano integra-se nas políticas públicas de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro). Houve oportunidade de colaborar na otimização dos indicadores de qualidade exigidos pela instituição, de acordo com a Norma de Orientação Clínica: “Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados”. A incidência de quedas dos doentes é um indicador de segurança a nível hospitalar e um indicador sensível aos cuidados de enfermagem. Procedendo de acordo com a norma foi verificada a avaliação da Escala de Morse das pessoas internadas. Assim, com a respetiva identificação do risco de queda no quadro de identificação das pessoas internadas foi colocada a sinalética estipulada: íman de cor vermelha, o alto risco e cor amarela, o baixo risco, bem como a identificação nas camas de acordo com o risco de queda através de triângulos com a cor correspondente.

A atividade referida permitiu análise e revisão de práticas relacionadas com a segurança e o risco, no caso, relativamente às quedas com participação na melhoria contínua da qualidade.

Na UCC houve oportunidade de participar no projeto vigente de “Prevenção de quedas na pessoa Idosa” através de uma sessão de educação para a saúde, a última do planeamento anual, dirigida aos utentes de um Centro de Dia, de uma Instituição Particular de Solidariedade Social com a EEER e fisioterapeuta. Tendo em conta a temática com forte relação ao projeto de estágio foi enriquecedor a participação nesta sessão de formação pois possibilitou a aplicação dos conhecimentos teóricos com ênfase na prática de exercício físico. Além disso, permitiu verificar a proximidade existente entre a comunidade e o EEER.

O CH tem um grupo denominado Grupo de Intervenção de Reabilitação Operacional que realiza reunião com os EEER com o objetivo de dinamizar atividades entre os EEER e uniformizar práticas. Relativamente aos registos de ER em SClinico que são realizados com base num documento orientador, o grupo desenvolveu uma

base de dados com o objetivo de registar as intervenções de ER para serem extraídos vários indicadores. Nomeadamente o número de clientes submetidos a Cuidados de ER, os focos de enfermagem específicos de reabilitação desenvolvidos, assim como a evolução do status nos diagnósticos de enfermagem desde o início dos cuidados de reabilitação até ao momento da alta. Na sequência deste processo e com o objetivo de melhorar os cuidados de ER e avaliar o impacto no processo de recuperação da pessoa foi sugerido, e dando continuidade a um projeto da enfermeira orientadora, uma consulta de Follow-up, via telefone, realizada após uma semana da alta clínica.

No sentido de otimizar a consulta dos registos na base de dados, para posterior consulta de follow-up, surgiu a necessidade de criar uma folha de registo das pessoas submetidas a cuidados de ER. Na base de dados era apenas colocado o número do processo, por motivos de confidencialidade dos dados, o que dificultava a identificação imediata das pessoas. A criação desta folha permitiu organizar numa tabela o número do processo, o nome, a data de entrada, a data de início de cuidados de reabilitação, a data da alta, a data da consulta de follow-up e o número de telefone. Posteriormente, era realizado o contacto telefónico onde eram validados os conhecimentos adquiridos pelas pessoas e família, assim como as suas dúvidas (Apêndice 2).

A consulta de follow-up foi realizada durante o EC, mas não de uma forma rotinizada o que não permitiu extrair dados relativamente à efetividade dos resultados dos cuidados de reabilitação. Considero que a longo prazo se conseguiria obter dados relevantes e acima de tudo contribuir para a melhoria dos cuidados de reabilitação através dos mesmos e do próprio feedback.

No SO tive oportunidade de desenvolver uma formação acerca da Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas. Esta formação surge no contexto do plano de formação do serviço em que estava contemplado o tema e de acordo com uma necessidade de formação na equipa foi incluído o tema realização de primeiro levante (Apêndice 3).

2.3. Domínio da gestão dos cuidados (C)

Para o desenvolvimento deste domínio foi delineado o quarto objetivo:

- Desenvolver competências de gestão de cuidados, adequando os recursos disponíveis, com enfoque na mobilidade funcional, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

As competências que se pretende desenvolver são:

- ✓ Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1);
- ✓ Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- ✓ Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2);
- ✓ Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (C1);
- ✓ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (C2);
- ✓ Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2).

No SO o turno da manhã iniciava com a passagem de turno da noite da ala correspondente. A gestão dos cuidados era realizada tendo em conta as necessidades de intervenção de cuidados de reabilitação, priorizando os mesmos de acordo com as necessidades das pessoas internadas. Sendo a enfermeira orientadora a EEER do serviço havia necessidade de avaliar as necessidades de intervenção de cuidados de ER na outra ala. Para melhor organização da informação recolhida nas passagens de turno, organização das enfermarias e localização das camas tive necessidade de elaborar uma folha de registo de passagem de turno e dos cuidados de ER. Este documento permitiu-me, de forma esquematizada, organizar as enfermarias e localização das camas com a informação relativas aos doentes onde constava o nome/idade/antecedentes pessoais de saúde; diagnósticos/Intervenção

cirúrgica; ocorrências e cuidados de reabilitação. (Apêndice 4). Esta folha de registo foi partilhada com a enfermeira orientadora que me incentivou na sua elaboração visto que era um instrumento de trabalho que me auxiliava no conhecimento das pessoas internadas, assim como organizar a informação ajudando na gestão e no planeamento dos cuidados.

Os registos de enfermagem são realizados na plataforma SClinico e na plataforma da RNCCI. Através dos registos de enfermagem pretende-se documentar os cuidados de enfermagem prestados através da avaliação, do planeamento de acordo com os focos/diagnósticos identificados e respetiva execução das intervenções no mapa de cuidados com reavaliações constantes no respetivo processo.

A realização dos registos de enfermagem permitiram-me desenvolver conhecimento acerca dos focos e diagnósticos de enfermagem específicos de ER assim como as suas intervenções e técnicas especializadas de ER que desconhecia. Foi essencial a consulta do documento elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação que consiste na compilação de um padrão referencial de documentação para os cuidados especializados em ER. A consulta deste documento permitiu suportar o processo de tomada de decisão e raciocínio clínico através do conjunto de instrumentos de suporte para prática especializada em ER, visto que é sustentado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, nas competências específicas do EEEER e segue o referencial relativo à classificação para prática de enfermagem e aos sistemas de informação (OE 2015c).

Na plataforma da RNCCI há a concentração do processo do utente incluindo as avaliações e registos da equipa multiprofissional: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social com utilização de escalas que refletem a evolução dos cuidados de saúde.

Os registos de enfermagem são realizados de forma simples clara objetiva e necessária para a continuidade de cuidados.

Para dar início ao processo de enfermagem é necessário consultar o processo clínico da pessoa para conhecer: nome, idade, antecedentes pessoais de saúde, motivo de internamento, consulta de meios complementares de diagnóstico, situação social, todos os elementos são necessários para a avaliação holística da pessoa e

das suas necessidades, para o planeamento das intervenções de cuidados de reabilitação individualizados.

No SO houve oportunidade de desenvolver conhecimentos acerca da observação de radiografias através da visualização das fraturas na fase inicial, e posteriormente com a evolução da situação clínica. Esta atividade foi desenvolvida com os conhecimentos transmitidos pela enfermeira orientadora e equipa médica dando suporte aos conhecimentos teóricos adquiridos e à prática de cuidados no contexto da especialidade de ortopedia.

A realização da pesquisa bibliográfica, juntamente com os jornais de aprendizagem e Plano de Cuidados ao longo do EC foram fundamentais para desenvolver, aprofundar e adquirir conhecimentos relativamente às várias situações de cuidados. A realização desses trabalhos foi necessária para desenvolver o raciocínio clínico, suportar a tomada de decisão e fundamentar a prestação de cuidados de reabilitação. Tive oportunidade de partilhar esses trabalhos com as enfermeiras orientadoras e professora docente proporcionando momentos de partilha como peritas na área da enfermagem de reabilitação. É apresentado um plano de cuidados no Apêndice 5 deste relatório.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

Por fim, neste domínio, foi delineado o quinto objetivo que pretende incluir implicitamente as competências específicas do EEER:

- Desenvolver as competências específicas do EEER: cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida, capacitar a pessoa com limitação da atividade e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, com enfoque na mobilidade funcional da pessoa idosa, identificando as necessidades de intervenção.

As principais competências que se pretendem desenvolver são:

- ✓ Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1);

- ✓ Desenvolve o autoconhecimento e assertividade (D1);

- ✓ Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2);
- ✓ Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (J1);
- ✓ Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2);
- ✓ Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3).

Para desenvolver as competências referidas foi necessário concretizar as atividades previstas que visam suportar os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento sólidos e válidos (OE, 2010b), tais como a consulta bibliográfica na área da enfermagem e da ER, guias de boas práticas, normas orientadoras, bem como a evidência científica.

Com objetivo de adquirir conhecimentos na área de reabilitação, desenvolver instrumentos teórico-práticos para a prática especializada de cuidados de reabilitação e ter contacto com a comunidade científica da área foi possível ir ao 1º Congresso de Neurociências no Porto com o seguinte programa: patologia da coluna vertebral; acidente vascular cerebral; aspetos específicos em pediatria; técnicas de reabilitação; bexiga neurogénica; novas tendências e ajudas técnicas. Também tive oportunidade de participar no congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação em Évora com a participação em três workshops: Auscultação pulmonar e interpretação radiológica do tórax; cuidar e hidratar na disfagia; manobras mecânicas de higiene brônquica (Anexo 1).

O EEER identifica as necessidades de intervenção especializada com base nos problemas reais e potenciais das pessoas. No EC de SO, aquando cirurgias eletivas, o plano de intervenção inclui o período pré-operatório onde a componente educacional é essencial para a redução da ansiedade da pessoa, reduzir as complicações pós-operatórias e o tempo de internamento. A pessoa deve ter conhecimento do processo de internamento, das consequências decorrentes da imobilidade e situação de saúde, bem como os exercícios para a recuperação no pós-operatório que devem incidir na função respiratória e motora.

A Reeducação Funcional Respiratória (RFR) tem o objetivo de prevenir complicações evitar e corrigir alterações posturais e defeitos, assegurar a

permeabilidade das vias aéreas, reeducar no esforço e melhorar a performance dos músculos respiratórios (Cordeiro & Menoita, 2014). Os ensinamentos e técnicas utilizadas passam pela técnica de relaxamento, consciencialização da respiração, controlo e dissociação dos tempos respiratórios através da respiração abdomino diafragmática e no incentivo da tosse. Na pessoa com patologia respiratória a RFR deve ser reforçada pois é considerado um fator de risco para desenvolver complicações. É o exemplo da intervenção com a Sr.^a MFV que tinha como antecedentes pessoais bronquite crónica, assim como na população idosa devido as alterações estruturais e funcionais dos sistemas respiratórios.

A Reeducação Funcional Motora (RFM) no pré-operatório incide nomeadamente no ensino dos exercícios permitidos no pós-operatório imediato e tardio que consistem nos movimentos isométricos dos músculos abdominais, glúteos, quadricíptes e isquiotibiais; nos exercícios isotónicos como a dorsiflexão e flexão plantar, flexão e extensão, abdução e adução da articulação coxofemoral, flexão e extensão do joelho.

A componente educacional no período pré-operatório inclui dar a conhecer as limitações no pós-operatório de acordo com situação clínica e ensinamentos relativamente às técnicas de transferência da cama para a cadeira, da cadeira para o sanitário e vice-versa; ensino acerca dos produtos de apoio para a realização das atividades de vida, treino de marcha e subir e descer escadas com andarilho e canadianas.

No período pós-operatório a intervenção na RFM tem o objetivo de aumentar a força muscular e favorecer a mobilidade articular, sendo realizada de forma faseada incutindo desde logo a realização dos exercícios isométricos e isotónicos ensinados; depois com as mobilizações passivas, ativas assistidas, livres e resistidas; posteriormente a realização do primeiro levante e de acordo com a situação clínica o treino de marcha.

De acordo com a área temática do projeto foi proporcionado no SO a intervenção junto de pessoas idosas e é essencial o início do movimento o mais precoce possível através do primeiro levante. Posteriormente o início do treino de marcha é essencial. Foi possível observar nas pessoas idosas a evolução da marcha e da mobilidade ao longo do internamento.

De acordo com a situação clínica e cirurgia há procedimentos específicos, assim, os planos de intervenção são adaptados à pessoa respeitando a sua

individualidade, de forma holística incluindo a pessoa e família no processo de cuidados para a sua colaboração e participação no processo de reabilitação.

Neste contexto de EC é essencial a capacitação da pessoa e família para a adaptação às limitações da mobilidade na preparação para a alta e para o regresso a casa. Esta intervenção é realizada individualmente com a pessoa, família e prestador de cuidados e através de sessões de ensino em grupo com as pessoas e famílias privilegiando a aprendizagem entre pares. Os conteúdos abordados passam pelo ensino, instrução e treino de técnicas específicas para a realização das atividades de vida diárias (higiene, vestir e despir, levantar, mover), utilização e acesso de produtos de apoio, adaptação às barreiras arquitetónicas presentes no domicílio e/ou no seu acesso, procurando a capacitação da pessoa, família/prestador de cuidados e a maximização das suas capacidades. As sessões em grupo proporcionam o sentimento de identidade entre as pessoas, momentos de partilha e exposição de dúvidas que são comuns.

O EEER identifica situações de risco antecipando problemas potenciais e reais, promovendo ações preventivas baseadas no conhecimento e prática especializada para assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como melhora as funções residuais, minimizando o impacto das capacidades instaladas (OE, 2010b).

No contexto da prática são prestados cuidados de manutenção da situação de saúde/doença evitando, no culminar, reinternamentos hospitalares por complicações decorrentes da condição de doença crónica e da consequente imobilidade. No contexto do EC na ECCI foi demonstrado na intervenção com o Sr. JF de 79 anos, vítima de AVC bulbar há 20 anos com sequelas de tetraparésia espástica. O plano de intervenção tem como objetivos a prevenção de complicações respiratórias decorrentes da imobilidade e fraqueza muscular, através da RFR; e promover a mobilidade e amplitude articular através da RFM com a realização de mobilizações passivas no leito de todos os segmentos do corpo, bilateralmente, incluindo a cabeça e pescoço (segmento do corpo que consegue realizar mobilizações ativas na rotação e ativas-assistidas na flexão e extensão da cabeça).

No mesmo âmbito, outro exemplo de intervenção de ER foi como Sr. AS de 40 anos com demência degenerativa frontoparietal conferindo dependência total para todos os autocuidados e que após internamentos hospitalares recorrentes por

infecções respiratórias foi inserido na ECCI para cuidados de saúde de manutenção perante a sua situação crónica. O plano de intervenção consiste na RFM para a manutenção das amplitudes articulares através de mobilizações passivas de todos os segmentos do corpo, respeitando as limitações já existentes; e na RFR com o objetivo de correção postural, otimização da mobilidade toraco-abdominal; e principalmente para a mobilização de secreções e permeabilização das vias aéreas, prevenindo a estase secreções através da tosse assistida ou assistida mecânica com recurso insuflador-exsuflador mecânico (*Cough Assist®*) e aspirador de secreções.

Na minha experiência profissional não tinha tido ainda contacto com o *Cough Assist®*. O Sr. ^o AS devido à patologia apresentava tosse ineficaz devido à fraqueza da musculatura respiratória pelo que a cuidadora, a mãe, recorria ao equipamento com regularidade para mobilizar as secreções de forma a permeabilizar as vias aéreas. A participação no Workshop do Congresso de Neurociências no Porto foi

Com a participação no *workshop* no Congresso desenvolvi conhecimentos sobre a técnica de utilização e manuseio do *Cough Assist®*.

No decorrer dos ensinamentos clínicos as avaliações foram realizadas através das escalas disponíveis nos contextos de EC e outras por iniciativa própria. Para avaliação do autocuidado foi utilizado a Escala de Barthel; para avaliação do risco de úlcera por pressão a Escala de Braden; para a avaliação do risco de queda a Escala de Morse. Para a realização da força muscular a Escala Medical Research Council- Escala de Lower. O equilíbrio foi avaliado através da Escala de Berg. Sendo a temática central do projeto o Idoso relativamente ao Estado Mental foi realizado o MiniExame do Estado Mental.

Uma correta avaliação é essencial para definir um plano de intervenção que responda às necessidades alteradas, objetivos e projetos da pessoa e família, assim como diminuir a dependência e aumentar a sua independência funcional para a realização das atividades de vida diárias, tanto quanto possível.

Houve oportunidade de desenvolver técnicas específicas e especializadas de reabilitação, assim como foi possível prestar cuidados ao doente neurológico. Através da avaliação do estado neurológico são desenvolvidos planos de intervenção com o objetivo de prevenir a instalação do padrão espástico, manutenção das amplitudes articulares no hemicorpo mais lesado e menos lesado, incentivo na participação das atividades de vida diárias. Estes objetivos foram desenvolvidos através de técnicas

especializadas e de forma evolutiva de acordo com a situação da pessoa, tais como o programa de mobilizações, posicionamento em padrão anti-espástico e realização de atividades terapêuticas: rolar, ponte, rotação controlada da articulação coxofemoral, auto mobilização, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio, transferência, facilitação cruzada.

No processo de reabilitação é essencial que as atividades sejam desenvolvidas e envolvidas com a pessoa e família. É também parte fulcral do plano de intervenção que este se correlacione com os objetivos e projetos dos mesmos para a sua participação e colaboração, com o objetivo maior de capacitar a família, de cuidar da pessoa, dando continuidade ao processo de reabilitação.

De acordo com o objetivo de desenvolver e adquirir competências comuns do EE e específicas do EEER com ênfase na pessoa idosa foi possível desenvolver atividades com esta população e observar ganhos em saúde. Na intervenção com a senhora MB após a instituição de um programa de exercícios realizado especificamente para a mesma, no final do EC a Sr.^a já conseguia dar cinco voltas à sala, sem cansaço, quando no início da intervenção apenas era possível dar passos para transferências. O plano de intervenção foi baseado em exercícios de amplitude articular e fortalecimento muscular, dando ênfase à capacitação da Sr.^a MB para realizá-los, assim como da sua filha.

Denotar a gratificação que sentimos quando as pessoas demonstram felicidade por realizar atividades que achavam que nunca mais iriam conseguir. O resultado dos cuidados prestados é a melhor forma de demonstrar que com trabalho e foco na realização do plano é possível obter ganhos que se refletem diretamente com a mobilidade funcional através da realização das atividades de vida diárias.

Apesar de estar limitado relativamente à sua mobilidade é importante estimular o idoso a executar as atividades que consegue realizar sem ajuda como o pentear, comer, beber, vestir, bem como realizar as atividades domésticas de acordo com a sua capacidade: como cozinhar, realizar trabalhos de costura; estender a roupa, estimulando à realização de atividades que goste de fazer. Enfatizar a importância da realização de exercícios isotônicos dos grupos musculares e isométricos. Da mesma forma, é necessário desenvolver um programa de reabilitação contemplando as mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas, e capacitar para que o idoso as possa desenvolver durante o dia, traçando objetivos e metas. É

necessário enfatizar junto desta população que a mobilidade é o fator importante para desenvolver a mobilidade funcional e assim, o fortalecimento muscular, as transferências e o treino de marcha, são fulcrais para o seu desenvolvimento. Neste contexto foi negociado com a pessoa planos de reabilitação de acordo com a colaboração, participação e vontade, que se estabeleceram objetivos de forma evolutiva.

No contexto da ECCI é essencial a capacitação da pessoa para realizar o plano de intervenção durante a semana, assim, foram criados vários planos de intervenção. (Apêndice 6).

No capítulo que se segue procederei à análise reflexiva dos meus pontos fortes e fracos assim como a contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados, assim como conclusões e considerações para o futuro.

3. AVALIAÇÃO /CONSIDERAÇÕES FINAIS E FUTURAS

A elaboração do projeto de estágio foi essencial para o desenvolvimento das atividades no EC e para definir objetivos que me permitissem não só identificar os processos de funcionamento presentes durante o EC, assim como avaliar a relevância dos procedimentos de promoção da mobilidade funcional no idoso.

A realização do relatório permitiu evidenciar as atividades desenvolvidas para a aquisição de conhecimentos e técnicas especializadas na área da reabilitação, especificamente, bem como exercer uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas e estratégias implementadas.

Analisando o percurso do EC, considero que o processo de aprendizagem ocorreu de forma evolutiva. Numa fase inicial, através da observação das enfermeiras orientadoras, peritas na área da reabilitação e no contexto de EC, responsáveis por nortear a minha prestação, na transmissão de conhecimentos teórico-práticos com decisões partilhadas. Posteriormente, foi desenvolvido a capacidade de raciocínio clínico com a mobilização dos conteúdos teóricos adquiridos para a prática clínica.

Procurei sempre ter uma postura que demonstrasse a minha responsabilidade profissional e a humildade necessária como estudante da especialidade, constituindo fatores impulsionadores para novas aprendizagens e partilha de conhecimentos.

Considero os momentos de EC partilhados com as enfermeiras orientadoras de enriquecimento profissional pela sua experiência na área, contribuindo para a reflexão sobre prática e desenvolvimento do raciocínio clínico. As reuniões de heteroavaliação realizadas no decorrer dos EC com as enfermeiras orientadoras e a professora docente da escola contribuíram para o autoconhecimento e validação da minha prestação formativa e profissional, permitindo manter o foco nos objetivos delineados, obter perspetivas, aprofundar conhecimentos, melhorar as práticas contribuindo em grande escala para o desenvolvimento do processo de aprendizagem e aquisição do pretendido.

No desenvolvimento das atividades esteve implícita a conduta de responsabilidade profissional, ética e deontológica. As boas práticas de comunicação e a componente relacional são ferramentas essenciais ao enfermeiro para estabelecer uma relação de confiança e empática necessárias para a relação terapêutica.

Estabeleci e desenvolvi elementos de comunicação, bem como estratégias de relação terapêutica na prestação de cuidados.

Demonstrei a capacidade de relação com equipa multiprofissional colaborando no trabalho em equipa concorrendo para a qualidade dos cuidados e promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

Ao longo dos EC, a aprendizagem decorreu de forma evolutiva com aquisição de conhecimentos no processo de enfermagem na área da reabilitação com base na avaliação holística da pessoa.

Na elaboração do projeto de estágio, na sua operacionalização, bem como na realização deste relatório o referencial teórico utilizado foi o de Virginia Henderson. A base da teoria de Henderson assenta em catorze necessidades básicas da pessoa incluindo componentes fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e de desenvolvimento. O processo de enfermagem baseia-se na avaliação das necessidades da pessoa, na construção de um plano de cuidados que vão ao encontro com as suas necessidades e projetos de vida, auxiliando no que a pessoa não é capaz, de forma a conseguir obter independência tão rapidamente quanto possível.

Foi assente nos pressupostos desta teoria que a minha intervenção e o processo de enfermagem se basearam visando a pessoa de forma holística, como um todo; assente nos cuidados centrados na pessoa, considerando a pessoa e a família uma unidade. Procurei estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família tendo em conta o respeito pelos direitos humanos, privacidade, autonomia, bem como cultura, crenças valores e costumes.

No planeamento de cuidados procurei com base nos dados e conhecimentos obtidos na avaliação construir um plano com a pessoa e família individualizado e adequado às necessidades alteradas, avaliando e reavaliando de acordo com os resultados obtidos e necessidades das pessoas.

Na implementação do plano de cuidados, bem como na sua concretização procurei aplicar os conhecimentos teórico-práticos especializados adquiridos. Na componente prática procurei desenvolver a destreza na realização dos procedimentos e técnicas especializadas de reabilitação.

Tive a oportunidade de intervir na pessoa com necessidades em vários contextos da prática, no contexto hospitalar e comunitário concretamente no contexto domiciliário. A intervenção passou por cuidar de pessoas com limitações na

funcionalidade, capacitar para a adaptação à sua nova condição e maximizar a funcionalidade contribuindo para a sua qualidade de vida através da construção de planos de intervenção de reabilitação que vão ao encontro com os seus desejos e projetos de vida, considerando todas as vertentes da saúde, pessoais, ambientais, familiares e sociais, visando a sua independência na realização das atividades de vida diárias, tanto quanto possível.

Relativamente à área temática, a pessoa idosa, pelas alterações inerentes do ciclo de vida e do processo de envelhecimento é vulnerável, pelo que necessariamente apresenta necessidades básicas não satisfeitas e carece de cuidados. Henderson descreve na sua teoria “três níveis de relação enfermeiro-doente que vão do muito dependente a um relacionamento bastante independente” (Tomey & Alligood, 2002, p. 115), isto é, três tipos de relacionamento, o primeiro é a enfermeira como substituta do doente, o segundo como auxiliar do doente o terceiro a enfermeira como parceira do doente (Tomey & Alligood, 2002). Concretizando uma analogia do exposto às competências do EEER o enfermeiro pretende cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade promovendo a mobilidade funcional.

O papel do EEER na capacitação da pessoa e família é essencial na manutenção do plano de reabilitação quando a pessoa tem alta e regressa ao seu domicílio. O EEER dá à pessoa e família as ferramentas necessárias para o regresso a casa, capacitando-a para adaptar-se à sua condição de vida, maximizando o seu potencial contribuindo para a qualidade de vida.

A pessoa e família são elementos integrantes da equipa de saúde e participante na construção do plano de cuidados. Foram inúmeras as situações de cuidados em que pude intervir na componente educacional, aliás, diria que o EEER é constantemente um educador fornecendo à pessoa e família o conhecimento necessário, oferecendo várias estratégias adaptativas para a capacitação e maximização das suas capacidades funcionais.

Um plano de reabilitação realizado com a pessoa e família, tendo em conta não só os componentes funcionais, mas também os objetivos e projetos de vida. Deste modo ser adaptado à sua situação individual, familiar, social e cultural, contemplando a pessoa e família como um todo, é imperativo para a maior possibilidade de continuidade do processo de reabilitação.

Observei situações em que a pessoa com alta clínica iria aguardar no domicílio por cuidados de reabilitação, pelo que é fundamental dar o conhecimento à pessoa e família, bem como realizar os treinos para a realização das atividades de vida diárias.

A reabilitação é um processo que se estende para lá da intervenção do EEER, assim o EEER é cuidador, educador e facilitador do processo de reabilitação.

No contexto de doença a mobilidade pode estar comprometida, no caso da ortopedia esta pode ser mesmo restrita. Pelo que é necessário assistir nas necessidades que as pessoas não conseguem fazer sozinhas, não menosprezando a necessidade de estimular os exercícios e atividades que podem realizar, participando ao máximo na realização das atividades de vida diárias.

É sempre desafiante cuidar de pessoas, mas cuidar de pessoas na área de reabilitação é ainda mais gratificante, quando se observa os resultados obtidos através da evolução do processo de reabilitação e o impacto que consegue ter na vida da pessoa e família.

Pude constatar de forma prática a importância do papel do EEER não só na promoção da mobilidade do idoso, bem como também a sua intervenção a nível da prestação de cuidados, no seio da equipa de enfermagem, multiprofissional, a nível organizacional, nos serviços, instituições e na comunidade.

Tendo em conta a minha experiência neste estágio curricular com visão à obtenção do Grau de Mestre e atribuição do título profissional, este EC, assim como a realização deste relatório foram um percurso gratificante não só profissionalmente como pessoalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berguer, L., & Mailloux-Poireir, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem Global*. Loures: Lusodidata.
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Dahlin-Ivanoff, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Behm, L., Häggblom-kronlöf, G., Zidén, L., Landahl, S., & Gustafsson, S. (2016). *For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently*. *BMC Geriatrics*, 16(171), 1–10. DOI: 10.1186/s12877-016-0345-8.
- De Vries, N. M., Staal, J. B., Teerenstra, S., Adang, E. M., Rikkert, M. G. M. O., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2013). *Physiotherapy to improve physical activity in community-dwelling older adults with mobility problems (Coach2Move): Study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*, 14(434), 21. DOI:10.1186/1745-6215-14-434.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, I Série- A* (N.º 60 de 24-03-2006), 2242–2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do serviço nacional de saúde. Ministério da Saúde. *Diário Da República, I Série I* (N.º 38 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a rede nacional de cuidados continuados integrados. Ministério da Saúde. *Diário Da República, I-A Série* (N.º 109 de 06-06-2006), 3856–3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Aprova o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República, 1º Suplemento, II*

Série (N.º 28 de 10-02-2015), 3882-(2) a 3882 (10). ELI: <https://dre.pt/application/file/66457154>.

Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril (2009). Aprova o regulamento da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. *Diário da República, II Série* (N.º 74 de 14-04-2009). 15438-15440.

Direção-Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Circular normativa n.º 13. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa nacional de saúde das pessoas idosas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Direção Geral da Saúde.

Frändin, K., Grönstedt, H., Helbostad, J. L., Bergland, A., Andresen, M., Puggaard, L., Harms-Ringdahl, K., Granbo, R. & Hellström, K. (2016). *Long-Term Effects of Individually Tailored Physical Training and Activity on Physical Function, Well-Being and Cognition in Scandinavian Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. Gerontology*, 62(6), 571–580. DOI:10.1159/000443611.

Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J. L., Granbo, R., Puggaard, L., Andersen, M., & Hellström, K. (2013). *Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home residents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: A randomized controlled trial. Gerontology*, 59(3), 220–229. DOI:10.1159/000345416.

Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE.* Loures: Lusodidata.

Hoeman, S. p. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados.* (4ª ed.). Loures: Lusodidata.

Instituto Nacional de Estatística, IP. (2019). *Estatísticas Demográficas – 2018.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Kwok, T. M. K., & Tong, C. Y. (2014). *Effects on centre-based training and home-based training on physical function, quality of life and fall incidence in community*

- dwelling older adults. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(4), 243–248. DOI:10.3109/09593985.2013.867387.
- Liang, C. C., Change, Q. X., Hung, Y. C., Chen, C. C., Lin, C. H., Wei, Y. C., & Chen, J. C. (2017). *Effects of a community care station program with structured exercise intervention on physical performance and balance in community-dwelling older adults: A prospective 2-year observational study. Journal of Aging and Physical Activity*, 25(4), 596-603. DOI:10.1123/japa.2015-0326.
- Lopes, M. C. B. T., Lage, J. S. S., Vancini-Campanharo, C. R., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2015). *Factors associated with functional impairment of elderly patients in the emergency departments. Einstein*, 13(2), 209–214. DOI:10.1590/S1679-45082015AO3327.
- Lourenço, M. J., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2016). *Terapêutica de posição - Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. Loures: Lusodidacta.
- Martinez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Suarez, N., Alonso-Renedo, J., Contin, K. C., Asteasu, M. L.S., Echeverria, N.F., Lázaro, M.G., & Izquierdo, M. (2015). *Functional and cognitive impairment prevention through early physical activity for geriatric hospitalized patients: study protocol for a randomized controlled trial. BMC Geriatrics*, 15(112), 1-10. DOI:10.1186/s12877-015-0109-x.
- Mendonça, M. S., Souza-Muñoz, R. de, Vieira, A. T. P., Silva, A. E. V. F., Sales, V. C. W., & Moreira, I. F. (2016 Mar). *Incapacidade para atividades da vida diária em pacientes idosos à admissão hospitalar e sua relação com evolução desfavorável. Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(1), 23-41. Acedido 20-09-2019. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6769/4323>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas à Pessoa com*
-

alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação.* Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Código Deontológico.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015- Classificação para a prática de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Peterson, M. J., Williams, N., Caves, K., & Morey, M. C. (2014). *A pilot study of partial unweighted treadmill training in mobility-impaired older adults.* *BioMed Research International*, 2014(5). DOI:10.1155/2014/321048.

Portaria Nº174/2014 de 10 de setembro (2014). Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. *Diário da República, Série I* (N.º 174), 4865–4882. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/174/2014/09/10/p/dre/pt/html>.

Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., & Granero-Molina, J. (2016). *Effects of a rehabilitation nursing program on the functional fitness of institutionalized elderly.* *Revista de Enfermagem Referência* (2016,) Série IV(8), 55–63. DOI: 10.12707/RIV15019.

Rocha, V. R., Santos, S. S., Vasconcelos, L. R. C., & Santos, C. A. (2016). *Strength and ability to implement the activities of daily living in elderly resident in rural areas.* *Colombia medica (Cali, Colombia)*, 47(3), 167–171. DOI: 10.2510/colomb.

Roma, M. F. B., Busse, A. L., Betoni, R. A., Melo, A. C., Kong, J., Santarem, J. M., & Filho, W. J. (2013). *Effects of resistance training and aerobic exercise in elderly people concerning physical fitness and ability: a prospective clinical trial.* *Einstein*, 11(2), (55 11), 153–15.

Todde, F., Melis, F., Mura, R., Pau, M., Fois, F., Magnani, S., Ibba, G., Crisafulli, A., & Tocco, F. (2016). *A 12-Week Vigorous Exercise Protocol in a Healthy Group of Persons over 65: Study of Physical Function by means of the Senior Fitness Test.* *BioMed Research International*, 2016(8). DOI:10.1155/2016/7639842.

- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Virtuoso-Júnior, J. S., Tribess, S., Smith Menezes, A., Meneguci, J., & Sasaki, J. E. (2016). *Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. Revista Andaluza de Medicina Del Deporte*. DOI:10.1016/j.ramd.2016.05.003
-

APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto de estágio



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de

Reabilitação

Projeto de Estágio

Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso:

Intervenção do Especialista em Enfermagem de

Reabilitação

Maria João da Costa Pechorro

Lisboa

2018





9º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação
Projeto de Estágio

Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso:
Intervenção do Especialista em Enfermagem de
Reabilitação

Maria João da Costa Pechorro
Nº7376

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa
2018



LISTA DE ABREVIATURAS

AVD- Atividade de vida diária

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – EE

EO – Enfermeiro Orientador

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HO – Hospital Ortopédico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento para a Prática de Enfermagem

SOII - Serviço de Ortopedia II

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	- 7 -
1.1. Título	- 7 -
1.2. Palavras Chave	- 7 -
1.3. Data de início	- 7 -
1.4. Duração.....	- 7 -
2. INSTITUIÇÕES	- 8 -
3. SUMÁRIO.....	- 9 -
4. Revisão Crítica da Literatura	- 14 -
4.1. A problemática multidimensional do envelhecimento	- 14 -
4.2. A (I)Mobilidade e a Mobilidade Funcional.....	- 19 -
4.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	- 21 -
5. Plano de trabalho e métodos.....	- 24 -
5.1. Problema Geral e Problemas Parcelares	- 27 -
5.2. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	- 27 -
5.3. Descrição das Tarefas e Resultados Esperados.....	- 28 -
Referências Bibliográficas	- 29 -

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronogramas: Elaboração do Projeto e Realização do Estágio com Relatório

APÊNDICE II – Breve descrição dos locais de estágio

APÊNDICE III – Protocolo revisão Scooping

APÊNDICE IV- Objetivos Específicos e Planeamento de Atividades

ANEXOS

ANEXO I- Escalas de Avaliação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Proporção de Idosos no contexto Europeu	- 14 -
Gráfico 2. Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)	- 15 -
Gráfico 3. População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).....	- 16 -

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

1.2. Palavras Chave

Reabilitação; Enfermagem de Reabilitação; Mobilidade Funcional, Capacidade Funcional; Idoso.

1.3. Data de início

O projeto de estágio teve início em março de 2018 e o Estágio com Relatório terá início a 24 de setembro de 2018. Os respectivos cronogramas podem ser consultados em apêndice (Apêndice I).

1.4. Duração

A Unidade Curricular: Estágio com Relatório terá uma duração de 500 horas ao longo de 18 semanas. O período de estágio será repartido por dois períodos: de 24 de setembro a 23 de novembro de 2018 em contexto hospitalar; e de 26 de novembro a 8 de fevereiro de 2019 em contexto comunitário (cronograma em apêndice (Apêndice I)).

2. INSTITUIÇÕES

Para a execução do presente projeto, será realizado um estágio repartido em duas fases. O primeiro período será realizado em contexto hospitalar, no Centro Hospitalar (CH), Hospital Ortopédico (HO), Serviço de Ortopedia II (SOII); e o segundo período será realizado em contexto comunitário, no Agrupamento de Centros de Saúde, Unidade de Cuidados Continuados (UCC).

A escolha das entidades envolvidas relacionou-se com a oportunidade de desenvolver as atividades delineadas para adquirir as competências de Enfermeiro Especialista e as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER); e de desenvolver a minha área de projeto; assim como contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional nos ambientes de cuidados hospitalar e comunitário. Foi também tida em conta a área geográfica por motivos profissionais e pessoais.

Para melhor conhecimento dos respetivos contextos de estágio foram realizadas entrevistas exploratórias informais com os Enfermeiros Orientadores dos respetivos serviços. Nas entrevistas com os enfermeiros orientadores foi possível partilhar a área temática do projeto e constatar que além das competências do EEER terei oportunidade de desenvolver a área temática da Mobilidade Funcional no Idoso pois a população alvo de cuidados é maioritariamente idosa e com perda da mobilidade funcional em ambos os locais de estágio. Em apêndice é apresentado uma breve descrição dos locais de estágio (Apêndice II)

3. SUMÁRIO

O presente trabalho consiste num projeto de aprendizagem específico no domínio da Enfermagem de Reabilitação, realizado no âmbito da Unidade Curricular Opção II, inserida no 2º semestre, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

É pretendido apresentar a área temática do projeto que se vai desenvolver no 3º semestre, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, assim como é pretendido identificar as competências a desenvolver com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do EEER, descritas em regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) em articulação com o desenvolvimento de competências do 2º Ciclo.

Qualquer que seja a área de especialidade o enfermeiro especialista partilha de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, adaptadas a cada ambiente e a cada contexto de prestação de cuidados. Tais domínios envolvem dimensões de educação dos utentes e pares, de orientação, aconselhamento, liderança e efetivamente, com base numa prática baseada na evidência permitindo avançar e melhorar os cuidados prestados. Citando a OE, o especialista:

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (...) coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.” (OE, 2010, p. 2).

A especialidade de reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que visam melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa preservando a autoestima e assim, permitir ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas e maximizar o seu potencial funcional e a sua independência. A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de

reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades (OE, 2010).

Desta forma, a área desenvolvida no presente projeto é a mobilidade funcional no idoso. Esta área enquadra-se nas áreas de investigação consideradas emergentes e muito prioritárias: as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora e enquadra-se também nas áreas consideradas prioritárias: o envelhecimento ativo, segundo a OE (2015) no documento: Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Reabilitação.

O presente projeto de estágio tem como título: **Promoção da Mobilidade Funcional no idoso: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.**

A escolha da área temática Mobilidade Funcional no **Idoso**¹ prende-se pela motivação e gosto em prestar cuidados a essa população especial e vulnerável. No meu local de trabalho - internamento de Cirurgia Geral e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos - cada vez se trata mais pessoas idosas. Com o desenvolvimento das ciências da saúde a esperança média de vida tem vindo aumentar levando a que as pessoas vivam mais tempo. Associados às suas comorbilidades surgem fenómenos patológicos e mesmo fisiológicos passíveis de serem resolvidos com tratamentos, terapêutica e cirurgia. Existe de fato uma maior predisposição de internamentos de clientes idosos. A situação de doença e o próprio processo de envelhecimento conferem à pessoa um estado de fragilidade e vulnerabilidade, e na pessoa idosa, a doença e o internamento, juntamente com as comorbilidades que lhes assistem, promovem a diminuição da mobilidade funcional afetando a capacidade funcional e necessidades humanas básicas, e consequentemente, um grau mais elevado de dependência, relativamente ao momento da admissão.

Perante o exposto anteriormente, muitas vezes, as altas são proteladas, não por motivos clínicos, mas por questões sociais, na medida em que o utente não tem

¹ O envelhecimento é percebido como um processo natural e pode variar de pessoa para pessoa. O Instituto Nacional de Estatística considera idoso, o indivíduo com 65 ou mais anos, no entanto, não havendo norma específica a nível nacional, considera-se neste trabalho que o idoso é o indivíduo com 60 ou mais anos de idade, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde..

autonomia funcional para a realização das suas atividades de vida diária (AVD) nem para conseguir regressar à sua residência de forma autónoma, necessitando por isso de suporte familiar e/ou social. A questão da capacidade funcional dos idosos proporciona grande impacto na vida dos utentes e respetivas famílias mas também na sociedade remetendo assim para outras... na sociedade, levando assim, para outras questões a nível social, económico e financeiro.

A **mobilidade** é “crucial para o desempenho das actividades de vida diárias e para garantir não somente as necessidades da pessoa mas também para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida” (Frickie, 2010, citado por OE, 2013, p. 21). E definindo **mobilidade funcional**

é um meio pelo qual um individuo se move no ambiente para obter uma interação diária com a família e a sociedade. É a habilidade do individuo para mover o seu corpo de forma competente e independente, durante as tarefas do dia-a-dia. (Kleiner, Ayres, & Saraiva, 2008, citado por OE, 2013, p.22)

A promoção da mobilidade funcional pode proporcionar o desenvolvimento de capacidades para a satisfação das necessidades humanas básicas e realização das AVD quando esta mobilidade está comprometida. De acordo com o Artigo 4º do Regulamento Competências Específicas do EEER, referente às competências específicas do EEER:

cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (OE, 2010, p.2)

Assim o modelo conceptual de Viriginia Henderson enquadra-se neste conceito, em que aborda a saúde, as necessidades básicas, a independência da pessoa na satisfação das suas necessidades e do papel de substituição desempenhado pelo enfermeiro em todos os processos, apresentando assim, uma abordagem holística da pessoa tendo em conta as componentes físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Tal como na definição de Virginia Henderson:

a função da própria enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou

conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível (Henderson, 2007, p.2)

Na filosofia de cuidados e concepção da prática de Virginia Henderson está presente uma abordagem holística da pessoa na qual me identifico e identifico na prática de cuidados. O enfermeiro com o conhecimento e competências adquiridas; através do conhecimento da pessoa, pela sua avaliação, planeia as intervenções com vista a satisfação das necessidades humanas básicas e a satisfação daquelas que são consideradas importantes para a pessoa de quem cuida. O Enfermeiro cuida e assiste a pessoa na satisfação das suas necessidades alteradas, ajudando a pessoa a atingir a sua independência, tanto quanto possível.

No modelo concetual de Henderson a pessoa doente ou saudável possui catorze necessidades fundamentais: respirar; comer e beber; eliminar; movimentar-se e manter uma postura correta; dormir e repousar; vestir-se/despir-se; manter a temperatura corporal do corpo dentro dos limites normais; estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes; agir segundo as suas crenças e valores; ocupar-se com vista à sua realização; recrear-se e aprender.

Na pesquisa bibliográfica para a fundamentação do projeto foram utilizadas as palavras chave: *Elderly, Mobility, Functional Mobility, Functional Capacity, Nursing Rehabilitation, Rehabilitation* de acordo com a população, conceito e contexto, respetivamente, presente na revisão scooping.

Para a realização da pesquisa foi utilizada a plataforma EBSCO HOST com exploração das bases de dados CINAHL *Plus with Full Text*, e MEDLINE *with Full Text*, com a respetiva indexação dos termos descritores definidos a partir das palavras-chave, e aplicação dos termos booleanos (*OR* e *AND*). Foram aplicados filtros de pesquisa: últimos 5 anos (2013-2018), texto completo e textos redigidos em inglês e português. A seleção dos artigos foi realizada pelo título e pelo resumo e posteriormente a leitura integral e elaboração das respetivas fichas de leitura. A metodologia de pesquisa pode ser consultada em apêndice (Apêndice III)

A construção da fundamentação teórica e componente científica foi complementada com pesquisa em linguagem natural das palavras chave nos motores de busca do Google®, Google Académico®, SciELO, Repositórios Nacionais, Teses

de Mestrado e literatura cinzenta; assim como, no catálogo bibliográfico da ESEL para pesquisar literatura de manuais da área de enfermagem e da área específica de reabilitação.

O presente trabalho, após este sumário, está organizado num primeiro capítulo que consiste na apresentação do quadro conceptual do tema, através da revisão crítica da literatura abordando o envelhecimento demográfico, no contexto europeu e em Portugal, contextualizando a problemática do envelhecimento nos cuidados de saúde com enfoque na mobilidade funcional e articulando com as intervenções do EEER e o modelo conceptual de prestação de cuidados que orienta a prática. O capítulo seguinte refere-se ao plano de trabalho e métodos definindo o problema identificado e os objetivos do projeto, assim como são apresentadas as metodologias a adotar perante o problema em estudo.

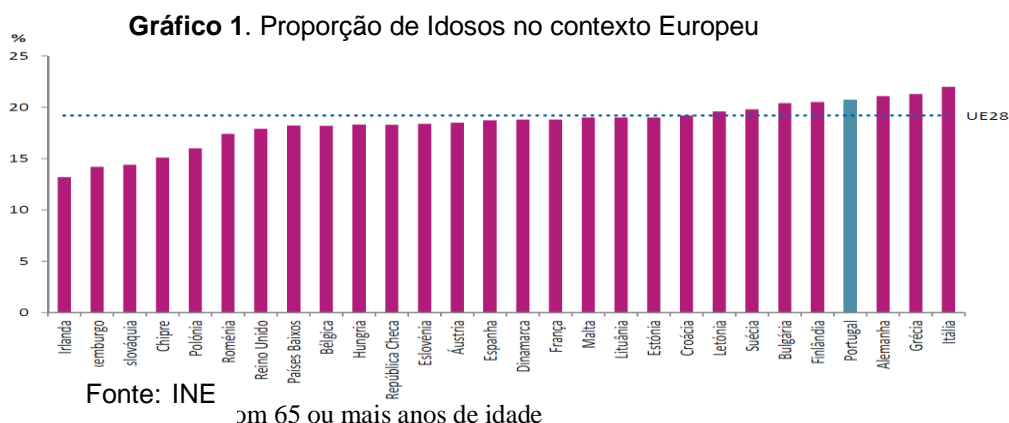
A redação do projeto cumpre as regras do novo acordo ortográfico e a referenciação tem por base as normas da Associação Americana de Psicologia, 6ª edição.

4. Revisão Crítica da Literatura

Neste capítulo pretendem-se abordar os conceitos chave que envolvem o projeto visando um enquadramento teórico com base na evidência científica. O envelhecimento da população que acontece desde há alguns anos, e o aumento da esperança média de vida levam a para questões relacionadas com a qualidade de vida na velhice. A perda da mobilidade funcional nos idosos afeta diretamente a independência na realização das AVD, assim como a sua interação com a família e sociedade. O EEER tem um papel crucial na promoção da mobilidade do cliente de acordo com as competências específicas nesta área.

4.1. A problemática multidimensional do envelhecimento

No último século têm-se assistido a alterações demográficas verificando-se, nas últimas décadas, a tendência para o envelhecimento demográfico na Europa, e Portugal não é exceção. Há um crescente aumento da proporção de pessoas idosas² e um decréscimo do peso relativo de jovens³ e de pessoas em idade ativa⁴. Portugal, no contexto da União Europeia, é o 4º país com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Alemanha, Grécia e Itália. (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017) (Gráfico 1), o 3º com valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa⁵ e o 3º com maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015).



com 65 ou mais anos de idade

³ Jovens: Pessoas dos 0 aos 14 anos

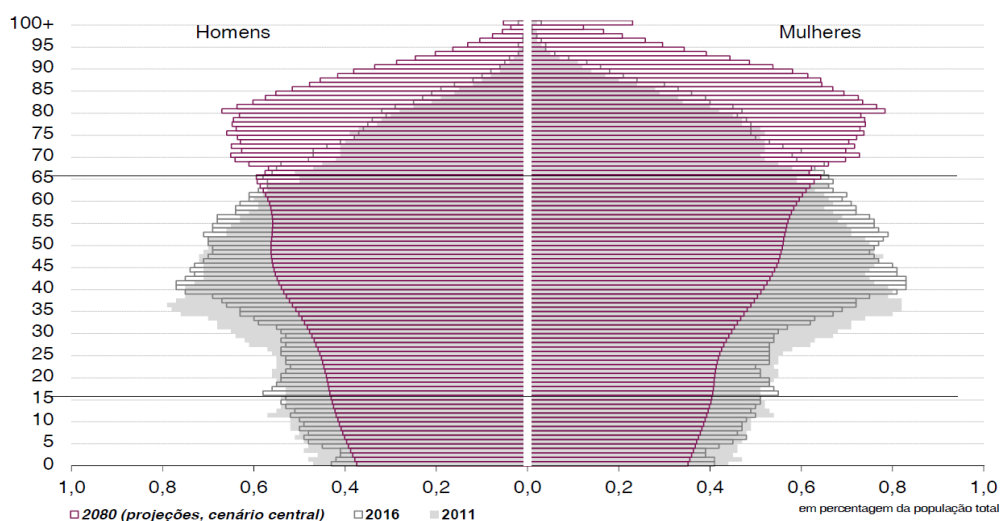
⁴ Pessoas em idade ativa: pessoas dos 15 aos 64 anos

⁵ Índice de renovação da população em idade ativa: relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 55-64 anos).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), (2016), 27,1% da população portuguesa tem mais de 60 anos de idade. Relativamente à perceção do estado de saúde da população idosa portuguesa, 49% das pessoas dos idosos integram o grupo etário entre os 65 e os 74 (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2004).

Dados do INE (2017), predizem que em 2016, e face a 2011, verificou-se em Portugal um decréscimo no número de jovens e de pessoas em idade ativa. Em contrapartida, o número de pessoas idosas aumentou, mantendo assim a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade. Em termos percentuais, em 2016, a população residente em Portugal era composta por 14, 0% de jovens, 64,9% de pessoas em idade ativa e 21,1% de idosos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário



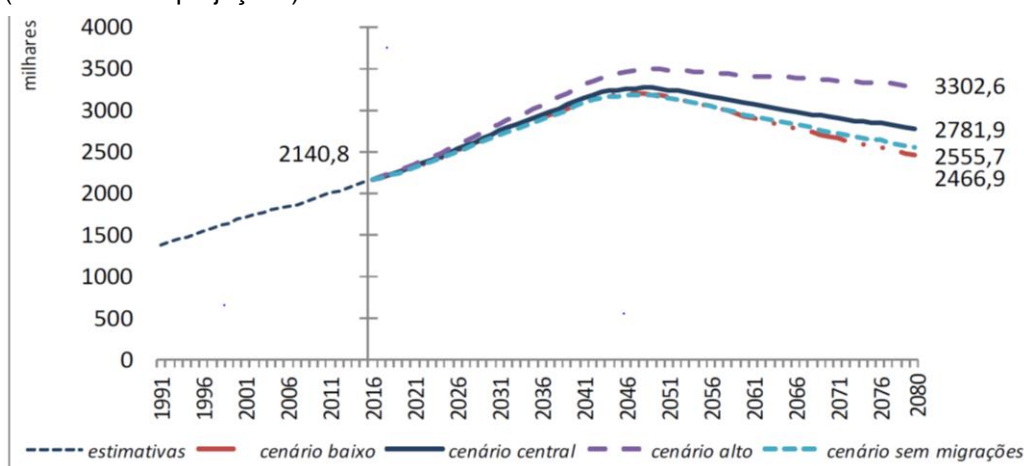
Fonte: INE

Entre 2011 e 2016 verificou-se um aumento do índice de envelhecimento⁶ em Portugal (de 128 para 151 idosos por cada 100 jovens), sendo que perante o decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, estima-se que este índice mais do que duplicará, passando para 317 idosos, por cada 100

⁶ Índice de envelhecimento: relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o nº de pessoas com 65 ou mais anos e o nº de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas dos 0 aos 14 anos).

jovens, em 2080. Entre 2015 e 2080 o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões e atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer. Assim, o índice de envelhecimento só vai tender a estabilizar em 2060 (INE, 2017) (Gráfico 3).

Gráfico 3. População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)



As alterações na estrutura etária da população têm influência no grau de envelhecimento e dependência das populações. O índice de sustentabilidade⁷ poderá diminuir de forma acentuada, face ao decréscimo da população em idade ativa, a par do aumento da população idosa (de 315 para 137 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos), entre 2015 e 2080. Entre 2011 e 2016, o índice de dependência total⁸ em Portugal aumentou de 51 para 54 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, particularmente pela influência do aumento do índice de dependência de idosos⁹ (INE, 2107). Segundo a mesma fonte, ao longo do período em análise, verificou-se também o envelhecimento da população em idade ativa, como revela a diminuição do índice de renovação da população em idade ativa¹⁰.

⁷ Índice de sustentabilidade: quociente entre o nº de pessoas com idades entre 15 e 64 anos e o nº de pessoas com 65 e mais anos.

⁸ Índice de dependência total: relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o nº de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o nº de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 15-64 anos).

⁹ Índice de dependência de idosos: relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 15-64 anos).

¹⁰ Índice de renovação da população em idade ativa: relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o nº de pessoas

O desenvolvimento das ciências da saúde contribuiu para o aumento da esperança média de vida. O envelhecimento da população leva-nos para questões sociais, políticas, económicas e financeiras. Há correntes que descriminam as pessoas mais velhas, considerando que são dependentes ou um fardo, no entanto, o envelhecimento não implica dependência, e proporcionar que a vida das pessoas seja longa e saudável, pode aliviar os gastos na saúde com essa população (OMS, 2015). A OMS, no Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde assume uma abordagem de que os custos com o sistema de saúde e cuidados de longa duração são encarados, não como gastos, mas como investimentos que contribuem para a qualidade de vida dos idosos: “sistemas de saúde melhores conduzem a uma melhor saúde, que permite maior participação e bem-estar” (OMS, 2015, p.11).

Perante o envelhecimento demográfico associado às mudanças de estrutura e comportamentos sociais e familiares, estes fatores vão determinar novas necessidades em saúde, colocando desafios aos sistemas de saúde relativamente à garantia da acessibilidade e qualidade dos cuidados, assim como à sustentabilidade dos próprios sistemas levando a que um aumento da esperança de vida à nascença, corresponda a um aumento de esperança de vida “com saúde” e sem deficiência (DGS), 2004).

O envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida da pessoa, assim é desejável que viva de forma saudável, autónoma pelo maior tempo possível, como tal, é importante uma ótica preventiva e promotora de saúde e da autonomia. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em 2004, integrante do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, tem como objetivo fundamental obter ganhos em saúde: anos de vida com independência e melhorar as práticas profissionais relativamente às particularidades do envelhecimento, assente em três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; e promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. É fundamental uma mudança de mentalidade e

com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o nº de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 55-64 anos).

atitudes da população perante o envelhecimento e necessária uma intervenção multissetorial e multiprofissional quer dos serviços de saúde e dos serviços sociais, assim como, a adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades comuns às pessoas idosas (DGS, 2004).

O Plano Nacional de Saúde com extensão a 2020 inclui nas orientações para a implementação: a prevenção e controlo da doença em que aborda a redução “da morbilidade e incapacidade, para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, aumentando a qualidade de vida, o bem-estar, a coesão social e a produtividade das pessoas e das comunidades” (DGS, 2015, p.20), sendo uma das 4 metas: aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%.

No processo de envelhecimento pode dividir-se em 2 tipos: o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário. O envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência, o normal; o envelhecimento secundário refere-se ao aparecimento de alterações físicas e/ou mentais decorrentes de lesões e/ou doenças (Berguer & Mailloux-Poireir, 1995).

Schroots e Birren (1980 cit. In Figueiredo 2007) citado por Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016, distinguem três categorias de envelhecimento: o biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente, que se denomina senescência; o psicológico que se relaciona com a autorregulação, com o tomar decisões e na adaptação ao processo de senescência; e o social que se refere aos papéis sociais das pessoas idosas esperados pela sociedade.

A pessoa tem processos fisiológicos inerentes ao processo de envelhecimento desde as alterações das estruturas: das células e tecidos, da composição global do corpo e peso corporal, dos músculos, ossos e articulações, da pele, tecido subcutâneo e tegumento, a nível metabólico e celular alterando o funcionamento do organismo; alterações funcionais dos vários sistemas: cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervosos e sensorial, endócrino reprodutor, imunitário e ritmos biológicos e sono que mesmo que não se deteriore em simultâneo originam uma afeção nas funções (Berguer & Mailloux-Poireir, 1995).

As alterações fisiológicas do envelhecimento tal como a diminuição da massa óssea e do músculo, e compromisso nas funções neurológicas e motoras do idoso, leva que este seja menos eficiente em termos de capacidade funcional. (Preto, Santos,

Mendes, Novo, & Pimentel, 2015). A presença de comorbilidades presentes e doenças crônicas potenciam morbidades, hospitalização, readmissão nos serviços de Urgência, institucionalização e mortalidade (Lopes et al., 2015). Durante a hospitalização o foco de avaliação é a resolução da situação clínica descurando o declínio funcional inerente, e assim, a hospitalização pode representar o caminho para a institucionalização e perda funcional, pois o cliente vive reduzidos níveis de mobilidade e atividade comprometendo o seu estado físico (Mendonça, Souza-Muñoz, Vieira, Silva, Sales, Moreira, 2016).

4.2. A (I)Mobilidade e a Mobilidade Funcional

Desde o nascimento do ser humano que o mover-se está presente, constituindo um elemento fundamental como forma de aprendizagem e na relação com o meio externo. O movimento é considerado “essencial para a capacidade de interação da pessoa com o meio ambiente; os problemas resultantes da imobilidade são rapidamente visíveis na saúde da pessoa” (Hoeman, 2011, p. 209).

A mobilidade pode estar comprometida na consequência da situação física ou clínica da pessoa devido a certas patologias, lesões ou mesmo por motivos de cirurgia, apesar de por vezes a restrição da mobilidade possa ser prescrita sob forma de tratamento adjuvante à recuperação da saúde. Nos dias de hoje, cada vez menos se preconiza o repouso para o tratamento da doença e recuperação da saúde. Vários estudos têm revelado os efeitos negativos do repouso e imobilidade como causa da disfunção, ressaltando os efeitos benéficos da atividade física e da realização de exercícios. As consequência do repouso prolongado no leito devido à hospitalização incluem naturalmente a imobilidade, perda óssea acelerada, desidratação, desnutrição, delirium, privação sensorial, isolamento, as forças de pressão sobre a pele, além da incontinência fecal e urinária (Mendonça et al., 2016)

As alterações da mobilidade podem derivar de várias causas, nomeadamente por: défice neuro sensorial, doenças crônicas, doenças respiratórias, alterações do foro psicológico, doenças cardíacas, envelhecimento, dor intensa, problemas ortotraumatológicos ou desnutrição (OE, 2013). Os efeitos da imobilidade são conhecidos e na prática é instituído o levante precoce pós cirurgia ou decorrente de doença,

adquirindo mais ênfase quando se trata de um utente idoso, sendo ele mais vulnerável aos efeitos da imobilidade.

As consequências da imobilidade são a nível dos vários sistemas e órgãos: alterações respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, urinárias, no sistema nervoso, na pele e tegumentos e alterações músculo-esqueléticas (OE, 2013). Não mais importante, mas de fato, mais afetado devido às alterações da mobilidade pela diminuição da contração muscular, perda de força e da massa muscular, atrofia muscular e da cartilagem com desorganização celular nas inserções dos ligamentos, mudanças no tecido conjuntivo peri-articular e intra-articular, contratura, redução da amplitude articular e osteoporose, é o sistema músculo-esquelético (OE, 2013), que quando afetado interfere mais na capacidade funcional da pessoa, mais especificamente na qualidade da marcha, transferências e posicionamentos no leito, cadeira de rodas ou cadeirão, condicionando a capacidade de resposta nas AVD. (Lourenço et al.,2016; OE,2013). A imobilidade e a limitação funcional podem ter como consequências “a depressão, a desorientação, a irritabilidade, a falta de energia ou interesse, a incontinência, as alterações do equilíbrio, o aumento da dor ou sofrimento e as doenças em geral” (Hoeman, 2011, p. 209).

Segundo a CIPE, o movimento é definido por “processo corporal”, e o movimento corporal é o “processo do sistema músculo-esquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e das articulações” (CIPE, 2015, p.66). A mobilidade é a capacidade de nos movimentarmos livremente no nosso ambiente; indispensável à manutenção de uma atividade fisiológica normal da qual depende o bom funcionamento dos diversos sistemas; crucial para garantir as necessidades da pessoa e necessidades psicossociais mais elevadas, que envolvem a qualidade de vida (Lourenço et al.,2016; OE, 2013).

A mobilidade funcional pode estar alterada de forma temporária ou definitiva, gerando perda de independência, autonomia e redução do bem-estar e da qualidade de vida (Lourenço et al.,2016, OE, 2013). Embora as causas da imobilidade possam ser diversas conduzem à perda da capacidade funcional, levando ao Síndrome da Imobilidade. Luiz (1993) citado por López e Raposo (2002) define o Síndrome da Imobilidade, ou Síndrome do desuso, como o estado em que o indivíduo se encontra

com o risco de deteriorar os sistemas corporais como resultado da inatividade músculo-esquelética prescrita ou inevitável (Lourenço et al., 2016).

A população idosa é mais suscetível de ter a mobilidade comprometida pela sua vulnerabilidade a eventos adversos, pois o aumento da expectativa de vida é acompanhado de alterações fisiológicas e comorbilidades que podem comprometer a capacidade funcional. (Virtuoso-Júnior, Tribess, Smith Menezes, Meneguci, & Sasaki, 2016).

A componente neuro sensorial e cognitiva é também de grande importância na influência na mobilidade e capacidade funcional (Kalsait, Lakshmi Prabha, Iyyar, & Mehta (2017)), há uma correlação entre o comportamento cognitivo com a capacidade da mobilidade funcional, ou seja, quando há um declínio da cognição há declínio da mobilidade funcional.

4.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

A problemática do envelhecimento, bem como fatores que comprometem a atividade e a mobilidade vão repercutir na sua capacidade funcional. Na ótica do envelhecimento saudável e ativo, no papel do EEER que cuida da pessoa idosa, é imperativa a promoção de um estilo de vida saudável capacitando-o, com vista a maximizar a sua qualidade de vida, sendo a prática de exercício físico um dos fatores promotores do envelhecimento ativo, citando Lourenço et al. (2016):

um dos fatores promotores de um envelhecimento ativo é a prática de exercício físico. Este permite melhorar e aumentar as potencialidades da pessoa idosa, reduzindo os riscos associados a esta faixa etária, nomeadamente ao nível da prevenção de quedas, aumentando assim, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. (Lourenço et al., 2016, p. 220)

Um estudo realizado por (Todde et al., 2016), com idosos saudáveis e inativos, que pretendiam avaliar o efeito do **exercício físico vigoroso** em idosos saudáveis, confirmou que o mesmo fornece melhorias significativas na maioria das habilidades avaliadas e maximiza as capacidades funcionais das pessoas idosas.

Peterson, Williams, Caves, & Morey, (2014) num estudo piloto demonstrou a viabilidade do treino em passeadeira sem peso em idosos com mobilidade reduzida, demonstrando ganhos significativos na capacidade do treino e melhorias significativas na capacidade física ao longo dos 12 meses de intervenção.

Frändin et al., 2016, pretendia avaliar os **efeitos a longo prazo** nas AVD, na função do equilíbrio, no nível de atividade física, no desempenho físico, no risco de queda, no bem-estar e na função cognitiva, 3 meses após a sua intervenção, realçando a importância da atividade física **contínua, individualizada** e baseada na manutenção das funções físicas dos idosos, tal como Liang et al., (2017), que enfatizam um **programa de exercício estruturado** beneficia a performance física e equilíbrio em idosos. O treino supervisionado por profissionais (fisioterapeutas) tem maiores resultados que os realizados em casa ou no Lar com supervisão de cuidadores (Kwok & Tong, 2014). Uma intervenção individualizada com foco nas atividades físicas diárias é eficaz na melhoria das transferências, do equilíbrio e do nível de atividade em comparação com os cuidados standard, no entanto o efeito da intervenção depende do tempo total da atividade (Grönstedt et al., 2013)

Martinez-Velilla et al., 2015, abordam modelos alternativos com ênfase na multidisciplinaridade e unidades de cuidados continuados que visam recuperar a condição em que a pessoa vive – prevenção do declínio funcional. Neste estudo a intervenção consistiu num programa de exercício com **múltiplos componentes**, composto por exercício físico **individualizado, supervisionado, progressivo**, de resistência, de equilíbrio, e marcha, em idosos hospitalizados sugerindo uma mudança do atual sistema de internamento para a melhoria da capacidade funcional. De Vries et al., (2013) estudam que a abordagem mais apropriada para favorecer a atividade física nos idosos deve ser um programa de exercício físico **estruturado e personalizado**.

Vários estudos têm demonstrado que a atividade física favorece a mobilidade funcional dos idosos e é crucial haver ações dirigidas aos idosos que avaliem a força muscular sendo esta um preditor da mobilidade funcional (Rocha, Santos, Vasconcelos, & Santos, 2016), assim como, quando é dada a oportunidade aos idosos de interagirem socialmente com os seus pares, estes mantêm um elevado nível de funcionamento e mobilidade. Dahlin-ivanoff et al., 2016 exploraram fatores para manter a independência no **programa de promoção da saúde**. Corroboram a ideia de que intervenções promotoras da saúde de forma a apoiar as pessoas idosas a permanecerem em suas casas, os chamados “*envelhecimento no lugar*” são importantes para apoiar ou melhorar a sua saúde e têm demonstrado resultados

positivos para a manutenção da independência nas AVD. Concluem que todos os idosos devem participar nestes programas porque têm efeitos positivos, mas também deve haver uma preocupação com idosos que moram sozinhos, pois estes beneficiam em grande escala com este tipo de programas.

Roma et al., 2013 pretendiam comparar os efeitos da atividade física e funcional (força muscular, equilíbrio e flexibilidade) em idosos através de dois programas de **exercício físico supervisionado**, que incluiu resistência e exercícios aeróbicos e concluíram que ambas atividades, de resistência e aeróbica, são eficazes para melhorar a condição física e a funcionalidade na população idosa.

Em Portugal, Preto et al. (2016) realizaram um estudo em que pretendiam avaliar a eficácia de um Programa de Reabilitação de Enfermagem utilizando a atividade física de intensidade moderada na capacidade funcional de idosos institucionalizados. As suas conclusões sugerem que um programa de intervenção com **atividade física de moderada intensidade**, em três sessões semanais de 30 minutos, por um período de 6 meses, pode melhorar a capacidade funcional e reduzir o risco de quedas nos idosos institucionalizados.

Thiwabhorn et al (2013), no estudo que pretendia descrever a performance física em **5 testes de desempenho físico** (10-Meter Walk Test, Berg Balance Scale, Timed “Up & Go” Test, Five Times Sit-to-Stand Test, and Six-Minute Walk Test) para idosos tailandeses, sugerem que os resultados podem ser úteis como valores de referência e utilizados para identificar precocemente deficiências funcionais e promover a independência na população tailandesa e outras com as mesmas características antropométricas

De referir ainda, que estudos interessantes abordam os benefícios da prática de Tai Chi a longo prazo na prevenção do declínio da força muscular nos idosos (Zhou et al., 2016), assim como a utilização de componentes interativos no exercício físico (Jessen & Lund, 2017).

5. Plano de trabalho e métodos

Na realização do presente projeto considera-se o envelhecimento um fenómeno crescente e o aumento da esperança média de vida confere um status de vulnerabilidade desta população, levando à diminuição da atividade e consequentemente à diminuição da mobilidade e capacidade funcional, comprometendo a satisfação das necessidades humanas básicas.

O EEER tem um papel fundamental na promoção da mobilidade funcional de acordo com o seu domínio de competências. A fundamentação das intervenções foi realizada com base nos conhecimentos da evidência científica através da realização da pesquisa bibliográfica e revisão scooping, já referida anteriormente e que pode ser consultada em apêndice (Apêndice III).

A Enfermagem de Reabilitação apresenta um domínio de ação na identificação das necessidades de intervenção especializada nas pessoas, de todas as idades, que pela sua condição de saúde, limitação da atividade ou restrição de participação, não têm a satisfação das necessidades humanas básicas. O Enfermeiro visando a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, avalia a funcionalidade e diagnostica problemas que provoquem limitação da atividade e incapacidades.

Os objetivos da reabilitação são prevenir complicações, minimizar riscos e melhorar a função (Hoeman, 2011, p. 177). Assim, é essencial a avaliação da função da pessoa de forma a determinar as necessidades afetadas dos utentes, tendo em conta a avaliação das componentes físicas, cognitivas, afetivas, sociais e de qualidade de vida, citando Homen:

a avaliação da função fornece a informação necessária para avaliar e planear intervenções e deve incluir todos os parâmetros que afetam o funcionamento na vida activa, o que deve incluir a medição de todos os domínios que constituem a vida independente, avaliados por rotina como parte do processo de reabilitação. (Hoeman, 2011, p. 178)

Os instrumentos de medida utilizados para a avaliação da capacidade funcional da pessoa, com base na pesquisa da evidência científica, são inúmeros. Na avaliação das atividades de vida diária são utilizados o Índice de Barthel, Índice de Katz, Medida Internacional de Funcionalidade (MIF), Escala de Lowton e Browdy; para avaliação do equilíbrio é utilizada a Escala de Berg; na avaliação cognitiva o Mini Exame do Estado

Mental (MMSE); no estado de depressão e de solidão a Escala Geriátrica de Depressão (GDS). Outros instrumentos de avaliação são utilizados para avaliar a força muscular, mobilidade, equilíbrio e marcha: *30-metre Walk Test, 6-metre gait velocity test, 30-seconds-Chair Stand Test, Timed Up and Go Test, Test Handgrip; Senior Fitness Test (SFT), Short Physical Performance Battery (SPPB), Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA), Questionário da qualidade de Vida SF-36, Short Physical Performance, Test Functional Fitness (FFT).*

Na reabilitação, é comum e essencial a utilização de vários instrumentos de avaliação e a sua combinação para avaliar os compromissos da mobilidade, avaliar as habilidades, para a realização das AVD básicas e instrumentais e os indicadores de qualidade de vida, obtendo-se assim a avaliação funcional, citando novamente Hoeman:

a avaliação completa é essencial para uma intervenção clínica apropriada e a avaliação funcional é essencial ao planeamento e execução dos cuidados recuperativos. A interação da condição de saúde do indivíduo da pessoa com o seu desempenho funcional e com o seu nível de apoio social permite uma construção vasta de dados que caracteriza o indivíduo no seu todo (...) a avaliação com medidas válidas e fidedignas tem que integrar o processo de enfermagem de reabilitação (...) a avaliação funcional providencia uma matriz para a revisão de componentes essenciais julgados importantes para a vida independente. (Hoeman, 2011, p.177)

Através da avaliação funcional é possível uma correta avaliação de enfermagem para se seguir um planeamento de cuidados, “é um meio de incorporar os resultados da avaliação em planos de cuidados centrados no doente” (Hoeman, 2011, p. 177). Neste sentido, a avaliação surge como elemento fundamental para a avaliação das capacidades das pessoas que cuidamos de forma a conseguirmos planear as intervenções.

De facto, o compromisso da mobilidade na pessoa, leva consequentemente ao compromisso da capacidade para a realização das atividades de vida diárias, assim como afeta a pessoa na satisfação das suas necessidades humanas básicas. Em articulação com o modelo concetual de Henderson, o papel do EEER que cuida da pessoa idosa é auxiliar na realização das atividades que contribuem para a saúde e/ou recuperação, ajudando a pessoa a ter independência tão rápido quanto possível.

Relativamente à metodologia de execução do projeto é pretendido avaliar a capacidade funcional da pessoa e diagnosticar alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades através da avaliação da pessoa recorrendo a instrumentos de avaliação e escalas. Tenho conhecimento que ambos os locais de estágio utilizam na avaliação funcional da pessoa a Medida Internacional Funcional e o índice de Barthel, no entanto é pretendido explorar as escalas referidas em vários artigos com evidência científica, mencionadas anteriormente e se adequado, aplicar nos locais de estágio.

Após a avaliação da pessoa em contexto de cuidados pretende-se elaborar o plano de intervenção e implementar as estratégias que visam a promoção da mobilidade funcional de acordo com a situação do utente tendo por base uma visão holística do cliente, considerando sempre a pessoa significativa/cuidador e família. Pretende-se que as intervenções realizadas sejam sistematicamente avaliadas, e que os planos de intervenção sejam reformulados sempre que houver necessidade. Após a implementação das intervenções pretende-se realizar os registos de Enfermagem de Reabilitação, através das plataformas nos locais de estágio, nomeadamente SClínico.

De acordo com as orientações da OMS e com os objetivos e estratégias do plano Nacional de Saúde, em que se pretende um envelhecimento saudável e ativo, e de acordo também, com o conhecimento da evidencia científica que define que o exercício é crucial para a recuperação e manutenção da mobilidade funcional, pretende-se com a implementação do projeto aplicar estratégias que se foquem no treino de força muscular, equilíbrio e marcha.

Considero que poderão haver aspetos que mostrem ser uma fonte de constrangimentos, nomeadamente, a gestão de tempo devido às exigências da atividade profissional e vida familiar. No entanto, quando é colocada dedicação, empenho e motivação nas tarefas que se desempenham *“Tudo se leva a Bom porto!”*.

5.1. Problema Geral e Problemas Parcelares

A realização do projeto surge com o problema geral: a perda da mobilidade funcional da população idosa, surgindo como problema parcelar: as alterações do processo de envelhecimento e da mobilidade na medida em que influenciam a capacidade funcional dessa população, norteador a pesquisa para dar resposta à questão: “Quais as intervenções do EEER na reabilitação da mobilidade funcional na pessoa idosa?”

5.2. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Perante os problemas identificados e questão de pesquisa, a realização do projeto tem como objetivo geral:

- Desenvolver competências específicas de EEER e na reabilitação da mobilidade funcional da pessoa idosa.

Do objetivo geral são definidos **objetivos específicos**:

- 1.Desenvolver uma prática responsável e profissional com base no respeito pelos direitos humanos, princípios, valores e normas éticas, deontológicas e legais;
- 2.Integrar na dinâmica funcional, estrutural e organizacional do local de estágio assim como na equipa de saúde multidisciplinar
- 3.Elaborar estratégias e planos de intervenção no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, com ênfase na pessoa idosa com alterações da mobilidade funcional;
- 4.Desenvolver competências de gestão de cuidados, adequando os recursos disponíveis, com enfoque na mobilidade funcional, visando a otimização da qualidade dos cuidados.
- 5.Desenvolver as competências específicas do EEER: *cuidar* da pessoa ao longo do ciclo de vida, *capacitar* a pessoa com limitação da atividade e *maximizar* a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, com enfoque na mobilidade funcional da pessoa idosa, identificando as necessidades de intervenção.

Os objetivos específicos vão de encontro com os domínios e unidades de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER, segundo os respetivos Regulamentos da OE, que são apresentados com detalhe em apêndice (Apêndice IV)

5.3. Descrição das Tarefas e Resultados Esperados

De forma a cumprir os objetivos definidos foi realizado um planeamento de tarefas e resultados, apresentado em apêndice (Apêndice IV). O planeamento foi elaborado com base nos objetivos específicos delineados, distribuídos pelos Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em articulação com as Unidades de Competências Comuns e Específicas do EEER. Foram delineadas atividades para cada objetivo e definidos indicadores e critérios de avaliação, assim como foram delineados os recursos necessários para a sua realização. Neste âmbito foi realizado um cronograma de execução do projeto apresentado em apêndice (Apêndice I).

Referências Bibliográficas

- Berguer, L., & Mailloux-Poireir, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem Global*. Loures: Lusodidata.
- Dahlin-Ivanoff, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Behm, L., Häggblom-kronlöf, G., Zidén, L., Landahl, S., & Gustafsson, S. (2016). *For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently*. *BMC Geriatrics*, 16(171), 1–10. DOI: 10.1186/s12877-016-0345-8.
- De Vries, N. M., Staal, J. B., Teerenstra, S., Adang, E. M., Rikkert, M. G. M. O., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2013). *Physiotherapy to improve physical activity in community-dwelling older adults with mobility problems (Coach2Move): Study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*, 14(434), 21. DOI:10.1186/1745-6215-14-434.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde 2015-2020.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). Circular normativa nº 13/DGCG: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão A 2020.
- Frändin, K., Grönstedt, H., Helbostad, J. L., Bergland, A., Andresen, M., Puggaard, L., Harms-Ringdahl, K., Granbo, R. & Hellström, K. (2016). *Long-Term Effects of Individually Tailored Physical Training and Activity on Physical Function, Well-Being and Cognition in Scandinavian Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial*. *Gerontology*, 62(6), 571–580. DOI:10.1159/000443611.
- Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J. L., Granbo, R., Puggaard, L., Andersen, M., & Hellström, K. (2013). *Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home residents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: A randomized controlled trial*. *Gerontology*, 59(3), 220–229. DOI:10.1159/000345416.

- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidata.
- Hoeman, S. p. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidata.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Dia Mundial da População 11 julho de 2015 Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia.
- Jessen, J. D., & Lund, H. H. (2017). Study protocol: Effect of playful training on functional abilities of older adults - A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1–7. **DOI:** 10.1186/s12877-017-0416-5
- Kalsait, A. S., Lakshmiprabha, R., Iyyar, S., & Mehta, A. (2017). Correlation of Cognitive Impairment with Functional Mobility & Risk of Fall in Elderly Individuals. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal*, 11(2), 7. **DOI:** 10.5958/0973-5674.2017.00027.2
- Kwok, T. M. K., & Tong, C. Y. (2014). *Effects on centre-based training and home-based training on physical function, quality of life and fall incidence in community dwelling older adults*. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(4), 243–248. **DOI:**10.3109/09593985.2013.867387.
- Liang, C. C., Change, Q. X., Hung, Y. C., Chen, C. C., Lin, C. H., Wei, Y. C., & Chen, J. C. (2017). *Effects of a community care station program with structured exercise intervention on physical performance and balance in community-dwelling older adults: A prospective 2-year observational study*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 25(4), 596-603. **DOI:**10.1123/japa.2015-0326.
- Lopes, M. C. B. T., Lage, J. S. S., Vancini-Campanharo, C. R., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2015). *Factors associated with functional impairment of elderly patients in the emergency departments*. *Einstein*, 13(2), 209–214. **DOI:**10.1590/S1679-45082015AO3327.
- Lourenço, M. J., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2016). *Terapêutica de posição - Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. Loures: Lusodidacta.
- Martinez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Suarez, N., Alonso-Renedo, J., Contin, K. C., Asteasu, M. L.S., Echeverria, N.F., Lázaro, M.G., & Izquierdo, M. (2015). *Functional and cognitive impairment prevention through early physical activity for geriatric hospitalized patients: study protocol for a*

randomized controlled trial. BMC Geriatrics, 15(112), 1-10. DOI:10.1186/s12877-015-0109-x.

Mendonça, M. S., Souza-Muñoz, R. de, Vieira, A. T. P., Silva, A. E. V. F., Sales, V. C. W., & Moreira, I. F. (2016 Mar). *Incapacidade para atividades da vida diária em pacientes idosos à admissão hospitalar e sua relação com evolução desfavorável. Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(1), 23-41. Acedido 20-09-2019. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6769/4323>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2*. Lisboa: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas à Pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Organização Mundial de Saúde*, 1, 1–29. DOI:10.1017/CBO9781107415324.004.

Peterson, M. J., Williams, N., Caves, K., & Morey, M. C. (2014). *A pilot study of partial unweighted treadmill training in mobility-impaired older adults. BioMed Research International*, 2014(5). DOI:10.1155/2014/321048.

Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., & Granero-Molina, J. (2016). *Effects of a rehabilitation nursing program on the functional fitness of institutionalized elderly. Revista de Enfermagem Referência* (2016,) Série IV(8), 55–63. DOI: 10.12707/RIV15019.

- Rocha, V. R., Santos, S. S., Vasconcelos, L. R. C., & Santos, C. A. (2016). *Strength and ability to implement the activities of daily living in elderly resident in rural areas. Colombia medica (Cali, Colombia)*, 47(3), 167–171. **DOI:** 10.2510/colomb.
- Roma, M. F. B., Busse, A. L., Betoni, R. A., Melo, A. C., Kong, J., Santarem, J. M., & Filho, W. J. (2013). *Effects of resistance training and aerobic exercise in elderly people concerning physical fitness and ability: a prospective clinical trial. Einstein*, 11(2), (55 11), 153–15.
- Todde, F., Melis, F., Mura, R., Pau, M., Fois, F., Magnani, S., Ibba, G., Crisafulli, A., & Tocco, F. (2016). *A 12-Week Vigorous Exercise Protocol in a Healthy Group of Persons over 65: Study of Physical Function by means of the Senior Fitness Test. BioMed Research International*, 2016(8). **DOI:**10.1155/2016/7639842.
- Virtuoso-Júnior, J. S., Tribess, S., Smith Menezes, A., Meneguci, J., & Sasaki, J. E. (2016). *Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. Revista Andaluza de Medicina Del Deporte*. **DOI:**10.1016/j.ramd.2016.05.003.
- Zhou, M., Peng, N., Dai, Q., Li, H. wei, Shi, R. guang, & Huang, W. (2016). Effect of Tai Chi on muscle strength of the lower extremities in the elderly. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 22(11), 861–866. **DOI:** 10.1007/s11655-015-2104-7.

Projeto de Estágio

Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso: Intervenção do Especialista em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronogramas: Elaboração do Projeto e Realização do Estágio com Relatório

Cronograma de Atividades para a realização do Projeto															
	Março 2018	Abril 2018		Maio 2018				Junho 2018				Julho 2018			
Semana				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dia			30					6					12		23
Intenção Ini. Projeto															
Distribuição de estágio.															
Distribuição de Orie.															
Definição de tema															
Escolha da teórica															
Leitura de artigos															
Leitura de relatórios e teses															
Scoping Review															
Índice															
Orientação Tutorial															
Análise das Compete.															
Tarefas e resultados															
Reunião/entrevista UCC ██████															
Reunião/entrevista CH ██████															
Apresentação. Interc.															
Apresentação Final															
Entrega do projeto final															

Cronograma de Atividades – Estágio com Relatório																			
Mês	Set.	Outubro					Novembro				Dez.			Janeiro					Fev.
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	15	16	17	18
Entidades	SOII-CH													UCC					
Objetivo 1													Férias de Natal						
Objetivo 2																			
Objetivo 3																			
Objetivo 4																			
Objetivo 5																			
Redação do relatório																			

APÊNDICE II – Breve descrição dos locais de estágio

Breve Caracterização dos locais de Estágio

SOII

O SOII pertence ao HO integrante do CH que presta cuidados de saúde do foro Ortopédico. Situa-se num único piso em articulação com os serviços do HO, tais como: Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intermédios e do CH: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos e Cirurgia Geral.

O SOII tem um EEER que desempenha funções específicas na área da reabilitação e funções de gestão na ausência da Enfermeira Chefe e quando necessário, no horário das 8h às 16h.

O serviço possui 41 camas de internamento distribuídas em salas de enfermaria (5/6 camas por sala) divididas em Homens e/ou Mulheres de acordo com a necessidade de vagas para cada género. As patologias frequentes são do foro ortopédico incluindo cirurgias eletivas e urgentes, envolvendo os períodos pré-operatório e pós-operatório e preparação para a alta.

UCC

A UCC presta cuidados de saúde à população do conselho na comunidade e no domicílio sendo a população-alvo, famílias residentes e, grupos vulneráveis e de risco, na área de influência da comunidade, tratando-se de um concelho com uma área vasta e que engloba áreas urbanas e rurais. Um concelho com grande área que engloba áreas urbanas e rurais.

A UCC possui equipas de intervenção: Equipa de Cuidados Continuados Integrados, que será a equipa que irei integrar, Equipa de Saúde Escolar e Equipa de Intervenção Comunitária.

A equipa multiprofissional é composta por um EEER que presta cuidados específicos de reabilitação e também funções de gestão, no horário das 9h às 16h; enfermeiros de cuidados gerais, médicos, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicólogo, assistente social, higienista oral e administrativo. Os profissionais encontram-se integrados nas equipas de intervenção.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados baseia-se no método de Gestor de caso, centrado no enfermeiro, avaliando o utente de forma holística, com avaliações periódicas e sempre que necessário.

Estão vigentes projetos de intervenção na Comunidade: rastreio de saúde; prevenção de quedas; formação da população em articulação com várias entidades: Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental; e ainda Centro Hospitalar, Câmara Municipal e as Juntas de Freguesia do Concelho.

A implementação destes projetos de intervenção é realizada através de sessões de educação para a saúde nos Centro de Saúde, junto da comunidade (por ex.: mercado municipal, supermercados) ou nas visitas domiciliárias.

APÊNDICE III – Protocolo Revisão Scooping

Protocolo da Revisão Scoping

Objetivo: Descrever e mapear as intervenções de reabilitação que promovam mobilidade funcional do idoso.

Questão: “Quais as intervenções do EEER na reabilitação da mobilidade funcional na pessoa idosa?”

População: Pessoas idosas

Conceito: Mobilidade Funcional

Contexto: Reabilitação.

Metodologia de pesquisa

Plataforma EBSCO HOST.

Bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*.

Palavras-chave: Nursing Rehabilitation; Rehabilitation; Mobility; Functional Mobility; Functional capacity; Elderly

Cinhal: nursing rehabilitation; rehabilitation; Rehabilitation, Geriatric; mobility; functional mobility; Capacity mobility; Physical Mobility; Geriatric Functional Assesment; elderly; old-aged; Aged, 80 and Over OR Aged.

MEDLINE:

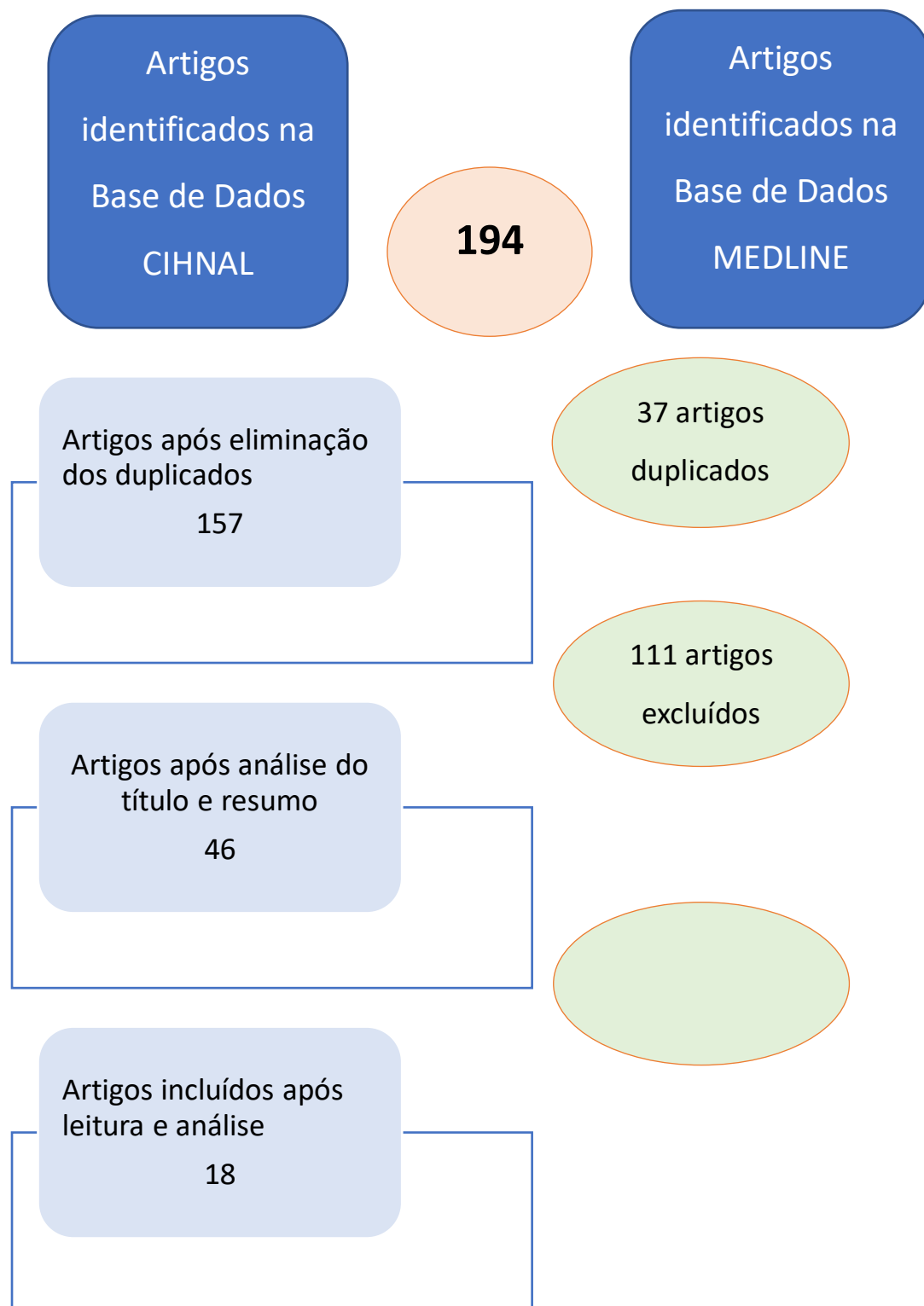
Critérios de Inclusão:

- Intervenções de reabilitação na mobilidade funcional do idoso;
- Limite temporal: 2013-2018;
- Texto completo;
- Artigo redigido em língua portuguesa ou inglesa;

Critérios de exclusão:

- Intervenções de reabilitação dirigidas a pessoas com patologias específicas;
- Estudos efetuados com pessoas com menos de 60 anos;
- Estudos realizados com menos de 20 participantes.

Fluxograma da Pesquisa



APÊNDICE IV- Objetivos Específicos e Planeamento de Atividades

A- DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	
Unidades De Competências	<p>A1. Desenvolve Uma Prática Profissional E Ética No Seu Campo De Intervenção.</p> <p>A2. Promove Práticas De Cuidados Que Respeitam Os Direitos Humanos E As Responsabilidades Profissionais.</p> <p>B3. Cria E Mantém Um Ambiente Terapêutico E Seguro.</p> <p>C1. Gere Os Cuidados, Otimizando A Resposta Da Equipa De Enfermagem E Seus Colaboradores E A Articulação Na Equipa Multiprofissional.</p> <p>D1. Desenvolve O Autoconhecimento E A Assertividade.</p> <p>J1. Cuida De Pessoas Com Necessidades Especiais, Ao Longo Do Ciclo De Vida, Em Todos Os Contextos Da Prática De Cuidados.</p>
Objetivo específico	1. Desenvolver uma prática responsável e profissional com base no respeito pelos direitos humanos, princípios, valores e normas éticas, deontológicas e legais;
Atividades	Crítérios e Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> •Prática de cuidados baseada no respeito pelos direitos humanos, princípios, valores e normas éticas, deontológicas e legais da profissão; •Reconhecimento da pessoa como indivíduo singular e sua autonomia, respeitando os seus valores, costumes e crenças; •Desenvolvimento do plano de cuidados individualizados em parceria com a pessoa, família e cuidadores; •Participação e envolvimento na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar; •Avaliação das práticas de cuidados visando a identificação de práticas de risco e prevenção; •Reflexão das situações vivenciadas em estágio, das tomadas de decisão promovendo o desenvolvimento da prática especializada; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolve uma prática assente no respeito dos direitos humanos, princípios, valores e normas, deontológicas e legais da profissão; ▪ Reconhece a pessoa como única, respeitando a sua autonomia; ▪ Promove o respeito pela pessoa à autodeterminação, confidencialidade e segurança à informação; ▪ Desenvolve planos de cuidados individualizados em parceria com a equipa multidisciplinar, pessoa, família e cuidadores ▪ Participa nas tomadas de decisão juntamente com a equipa multidisciplinar aplicando os princípios fundamentais da profissão; ▪ Avalia, identifica e propõe medidas para minimizar os riscos da prática, assente numa conduta preventiva e antecipatória visando a segurança das práticas; ▪ Efetiva as reflexões da prática diária e tomadas de decisão partilhando com o Enfermeiro Orientador e Docente da Escola;
Recursos	

Humanos: Utente, família e cuidadores; Enfermeiro chefe/coordenador e Enfermeiro orientador; Equipa multidisciplinar; Professora orientadora da ESEL; Utente, família e cuidadores. Materiais: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Especificas do EEER; Código deontológico; REPE; Processos clínicos dos doentes. Físicos: SOII, CH-HO; UCC		
Objetivo específico	2. Integrar na dinâmica funcional, estrutural e organizacional do local de estágio assim como na equipa de saúde multidisciplinar	
Atividades	Critérios e Indicadores de avaliação	
<ul style="list-style-type: none">•Apresentação ao Enfermeiro Coordenador/Enfermeiro Chefe e EEER, bem como à restante equipa multidisciplinar;•Reunião com o Enfermeiro orientador visando o conhecimento do espaço físico e sua organização, recursos materiais e humanos;•Integração na equipa multidisciplinar;•Conhecimento do funcionamento, normas, protocolos e rotinas do local de estágio;•Conhecimento acerca da dinâmica e metodologia de prestação de cuidados;•Integração no local de estágio através de leitura de protocolos, manuais e diretrizes internas da instituição;•Identificação das áreas clínicas presentes no local de estágio;•Conhecimento acerca do circuito do utente no local de estágio;•Identificação da população alvo dos cuidados com enfoque ao utente idoso;•Conhecimento de projetos vigentes e futuros, bem como atividades envolvidas;•Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none">▪Apresenta e efetua reunião com ao Enfermeiro Coordenador/Enfermeiro Chefe e EEER e equipa multidisciplinar;▪Conhece e descreve o espaço físico e organização, assim como conhece os recursos materiais e humanos;▪Demonstra uma relação interprofissional coma equipa multidisciplinar;▪Conhece e descreve a dinâmica de funcionamento do local de estágio, assim como integra as normas, protocolos e rotinas pertinentes na prestação de cuidados;▪Conhece as áreas clínicas do local de estágio;▪Conhece o circuito do utente do local de estágio;▪Identifica a população alvo dos cuidados e executa um planeamento de cuidados de reabilitação adequados, com enfoque na pessoa idosa;▪Conhece e participa ativamente nos projetos e atividades vigentes, assim como participa nos futuros;▪Apesenta o projeto de estágio ao enfermeiro orientador e à equipa.	
Recursos		

Humanos: Enfermeiro chefe/coordenador e Enfermeiro orientador; Equipa multidisciplinar; Professora orientadora da ESEL; Utente, família e cuidadores.

Materiais: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEER; Protocolos, normas e diretrizes dos locais de estágio; Código deontológico; REPE; Processos clínicos dos doentes.

Físicos: SOII, CH-HO; UCC

B- DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	
Unidades De Competências	<p>B1. Desempenha Um Papel Dinamizador No Desenvolvimento E Suporte Das Iniciativas Estratégicas Institucionais Na Área Da Governação Clínica.</p> <p>B2. Concebe, Gere E Colabora Em Programas De Melhoria Contínua Da Qualidade.</p> <p>B3. Cria E Mantém Um Ambiente Terapêutico Seguro.</p> <p>C1. Gere Os Cuidados, Otimizando A Resposta Da Equipa De Enfermagem E Seus Colaboradores E A Articulação Na Equipa Multiprofissional.</p> <p>D1. Desenvolve O Autoconhecimento E A Assertividade</p> <p>D2. Baseia A Sua Práxis Clínica Especializada Sólidos E Válidos Padrões De Conhecimento</p> <p>J1. Cuida De Pessoas Com Necessidades Especiais Ao Longo Do Ciclo De Vida Em Todos Os Contextos Da Prática De Cuidados</p>
Objetivo específico	3. Elaborar estratégias e planos de intervenção no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, com ênfase na pessoa idosa com alterações da mobilidade funcional;
Atividades	Critérios e Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Integração do programa de melhoria da qualidade dos cuidados vigentes no local de estágio; • Avaliação e identificação das necessidades, tão precoce quanto possível, bem como dos indicadores de qualidade das intervenções de Reabilitação; • Identificação de riscos e aplicação de estratégias para minimizar, promovendo a melhoria contínua da qualidade; • Identificação das situações que potenciam a imobilidade da pessoa, elaborando estratégias e planos de intervenção, com 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integra os programas de melhoria da qualidade dos cuidados vigentes; ▪ Avalia e identifica as necessidades de reabilitação; ▪ Identifica os indicadores de qualidade das intervenções de Reabilitação; ▪ Aplica estratégias para minimizar os riscos existentes visando a melhoria contínua da qualidade; ▪ Elabora as estratégias e planos de intervenção em parceria com a pessoa, bem como o Enfermeiro Orientador e equipa multidisciplinar;

<p>ênfase na promoção da mobilidade funcional, com enfoque na pessoa idosa;</p> <ul style="list-style-type: none"> •Conhecimento e aplicação de instrumentos de avaliação para a realização de uma correta avaliação; •Pesquisa e consulta bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimentos na área da Reabilitação, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com enfoque na promoção da mobilidade funcional do idoso; •Aplicação dos contributos teóricos adquiridos na prática de cuidados com estabelecimento de prioridades; •Promoção de um ambiente seguro no desenvolvimento do plano de cuidados e da prática clínica; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Colabora com a equipa na definição de estratégias bem como a sua implementação; ▪Identifica precocemente situações de imobilidade elaborando planos de intervenção que promovam a mobilidade funcional da pessoa com enfoque na pessoa idosa; ▪Aplica instrumentos de avaliação válidos para uma correta avaliação; ▪Demonstra conhecimentos acerca da melhoria contínua e qualidade: ▪Demonstra conhecimentos específicos na área sensoriomotora com capacidade de articular os mesmos na prática de cuidados, com enfoque na promoção da imobilidade funcional;
Recursos	
<p>Humanos: Enfermeiro chefe/coordenador e Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação - orientador; Equipa multidisciplinar; Professora orientadora da ESEL; Utente, família e cuidadores.</p> <p>Materiais: Bibliografia na área de Reabilitação; Documentos orientadores para a melhoria contínua da qualidade; Regulamentos legislação e afins referentes à profissão e especificamente à reabilitação; Protocolos, normas e diretrizes dos locais de estágio; Processos clínicos dos doentes.</p> <p>Físicos: SOII, CH-HO; UCC</p>	

C- DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	
<p>Unidades De Competências</p>	<p>A1. Desenvolve Uma Prática Profissional E Ética No Seu Campo De Intervenção. B1. Desempenha Um Papel Dinamizador No Desenvolvimento E Suporte Das Iniciativas Estratégicas Institucionais Na Área Da Governação Clínica. B2. Concebe, Gere E Colabora Em Programas De Melhoria Contínua Da Qualidade. C1. Gere Os Cuidados, Otimizando A Resposta Da Equipa De Enfermagem E Seus Colaboradores E A Articulação Na Equipa Multiprofissional. C2. Adapta A Liderança E A Gestão Dos Recursos Às Situações E Ao Contexto Visando A Otimização Da Qualidade Dos Cuidados. D2. Baseia A Sua Praxis Clínica Especializada Em Sólidos E Válidos Padrões De Conhecimento</p>

Objetivo específico	4. Desenvolver competências de gestão de cuidados, adequando os recursos disponíveis, com enfoque na mobilidade funcional, visando a otimização da qualidade dos cuidados.	
Atividades		Critérios e Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none">•Colaboração com a equipa multiprofissional nas tomadas de decisão referentes ao processo de cuidar;•Colaboração e participação no processo de cuidados, com o Enfermeiro Orientador e equipa, visando a sua otimização;•Partilha com o Enfermeiro orientador a sua visão melhorando a competência na tomada de decisão e na gestão de cuidados;•Avaliação da situação de cuidados perspetivando os riscos e problemas presentes, elaborando diagnósticos com respetivo plano de ação;•Promoção de prática de cuidados seguros introduzindo inovações que contribuam para melhoria da prática especializada		<ul style="list-style-type: none">▪Colabora com a equipa multiprofissional nas tomas de decisão no plano de cuidados;▪Intervém e participa com sugestões de otimização do processo de cuidados;▪Reflete acerca das situações vivenciadas partilhando com o orientador;▪Demonstra desenvolvimento da competência de tomada de decisão e gestão de cuidados;▪Avalia o contexto de cuidados visando problemas ou potenciais problemas;▪Elabora planos de intervenção ajustados aos diagnósticos efetuados, adequando os recursos existentes com vista na promoção da qualidade;▪Apresenta estratégias inovadoras na prática de cuidados especializada, elaborando guias orientadoras e promovendo a qualidade dos cuidados;
Recursos		
<p>Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro chefe/coordenador e Enfermeiro orientador; Professora orientadora da ESEL; Utente, família e cuidadores.</p> <p>Materiais: Regulamentos legislação e afins referentes à profissão e especificamente à reabilitação; Bibliografia na área de Reabilitação; Protocolos, normas e diretrizes dos locais de estágio; Bibliografia na área de Enfermagem e de Reabilitação; Processos clínicos dos doentes.</p> <p>FísicosSOII, CH-HO; UCC</p>		

D- DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Unidades De Competências	A1. Desenvolve Uma Prática Profissional E Ética No Seu Campo De Intervenção. D1. Desenvolver O Autoconhecimento E Assertividade. D2. Baseia A Sua Praxis Clínica Especializada Em Sólidos E Válidos Padrões De Conhecimento. J1. Cuida De Pessoas Com Necessidades Especiais Ao Longo Do Ciclo De Vida Em Todos Os Contextos Da Prática De Cuidados. J2. Capacita A Pessoa Com Deficiência, Limitação Da Atividade E Ou Restrição Da Participação Para A Reinserção E Exercício Da Cidadania J3. Maximiza A Funcionalidade Desenvolvendo As Capacidades Da Pessoa	
Objetivo específico	5. Desenvolver as competências específicas do EEER: cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida, capacitar a pessoa com limitação da atividade e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, com enfoque na mobilidade funcional da pessoa idosa, identificando as necessidades de intervenção.	
Atividades	Critérios e Indicadores de avaliação	
<ul style="list-style-type: none"> •Consultar Bibliografia: manuais de Enfermagem e de Enfermagem de Reabilitação, guias de boas práticas; normas orientadoras; •Pesquisar evidência científica, visando o aprofundamento e aquisição de conhecimentos teórico-práticos com base no desenvolvimento das competências do EEER com enfoque na mobilidade funcional no idoso; •Avaliar as necessidades a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade, identificando limitações da atividade e incapacidades; •Elaborar planos de intervenção de acordo com as necessidades avaliadas, visando promover capacidades para adaptação da pessoa no autocontrolo e autocuidado, com o Enfermeiro orientador; •Elaborar programas de treino motor e cardiorrespiratório e de treino de AVD; •Implementar os planos de intervenção individualizados visando a otimização das funções e/ou reeducação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta e pesquisa conhecimento pertinente ao contexto do ensino clínico; ▪Pesquisa a evidência científica, aprofunda e aplica o conhecimento adquirido, desenvolvendoas competências de EEER; ▪Demonstra desenvolvimento dos conhecimentos adquiridosna prestação de cuidados de reabilitação ena área do projeto; ▪Avalia as necessidades da pessoa de forma holística e a funcionalidade da pessoa, utilizando instrumentos de avaliação; ▪Identifica as necessidades alteradas; ▪Elabora planos de intervenção que promovam a satisfação das necessidades alteradas, na função motora e cardiorrespiratória; ▪Implementa planos e programas de treino de acordo com as necessidades da pessoa, ao longo ciclo de vida;para a capacitação da pessoa e maximização da funcionalidade; ▪Reformula planos de treino tendo em vista os resultados esperados e a capacidade da pessoa; ▪Avalia os resultados das intervenções implementadas; 	

<ul style="list-style-type: none"> •Reformular os planos de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados e as capacidades da pessoa; •Avaliar os resultados das intervenções implementadas; •Realizar registos de enfermagem de reabilitação das intervenções implementadas, nas plataformas do ensino clínico; •Definir com o Enfermeiro orientador estratégias e prioridades de intervenção; •Revelar iniciativa na análise dos contextos dos ensinos clínico; •Realizar partilha de situações vividas em ensino clínico com o enfermeiro orientador e professor orientador, com base na prática reflexiva; •Desenvolvimento da assertividade e do processo de autoconhecimento que permite otimizar o desempenho no relacionamento com a pessoa, família e cuidadores; •Identificar os limites e recursos pessoais que permitam evoluir como pessoa e como profissional; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Efetua registos de enfermagem que evidenciam as intervenções do EEER; ▪Define estratégias e prioridades de intervenção com o enfermeiro orientador; ▪Demonstra iniciativa de análise nas situações clínicas; ▪Partilha as situações vivenciadas com oenfermeiro orientador e professor orientador, de forma a esclarecer dúvidas e encontrar estratégias de melhoria no seu desempenho; ▪Efetua uma prática reflexiva na elaboração de jornais de aprendizagem; ▪Demonstra capacidade de análise reveladora de crescimento e maturidade como pessoa e essencialmente como profissional; ▪Reconhece os seus recursos e limitações pessoais no processo de cuidar
Recursos	
<p>Humanos: Equipa multidisciplinar; Enfermeiro chefe/coordenador e Enfermeiro orientador; Professora orientadora da ESEL; Utente, família e cuidadores.</p> <p>Materiais: Regulamentos legislação e afins referentes à profissão e especificamente à reabilitação; Bibliografia na área de Reabilitação; Protocolos, normas e diretrizes dos locais de estágio; Instrumentos de avaliação; Bibliografia na área de Enfermagem e de Reabilitação; Processos clínicos dos doentes.</p> <p>Físicos: SOII, CH-HO; UCC</p>	

Projeto de Estágio

Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso: Intervenção do Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

ANEXO I- Escalas de Avaliação

Escala de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente” *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “ continente”.

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. (em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5- Acidente ocasional (um / semana)

10- Contínente

Bexiga

0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização

5- Acidente ocasional (um/ dia)

10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais

5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

0- Dependente

5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho

10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

0- Incapaz

5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

0- Incapaz - sem equilíbrio sentado

5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se

10- Ajuda menor (verbal ou física)

15- Independente

Mobilidade

0- Imóvel

5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.

10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

0- Dependente

5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda

10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

0- Incapaz

5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)

10- Independente no subir e descer

Banho

0- Dependente

5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

Fonte: DGS norma nº 054/2011 de 27/12/2011

Índice de Katz

1-BANHO

- 1** **Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- 0** **Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2- VESTIR

- 1** **Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- 0** **Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

- 1** **Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- 0** **Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

- 1** **Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- 0** **Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

- 1** **Independente** (controlo completo da micção e defecação)
- 0** **Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

6- ALIMENTAÇÃO

- 1** **Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- 0** **Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Dependência total	6

Tempo de aplicação: 5 minutos

Fonte: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf, acedido a 11 de Julho de 2018

Medida Internacional de Funcionalidade (MIF)

APELIDO _____ NOME _____ _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº 	
DIAGNÓSTICO _____ _____	

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL					
NÍVEIS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> 7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo) </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">SEM AJUDA</td> </tr> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%) </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">AJUDA</td> </tr> </table>	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA
7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA				
Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA				

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	
	DATA					
AUTO-CUIDADOS						
A. Alimentação						
B. Higiene pessoal						
C. Banho						
D. Vestir metade superior						
E. Vestir metade inferior						
F. Utilização da sanita						
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES						
G. Bexiga						
H. Intestino						
MOBILIDADE						
TRANSFERÊNCIAS						
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas						
J. Sanita						
K. Banheira, Duche						
LOCOMOÇÃO						
L. Marcha/Cadeira de Rodas						
M. Escadas						
COMUNICAÇÃO						
N. Compreensão						
O. Expressão						
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR						
P. Interação social						
Q. Resolução dos problemas						
R. Memória						
TOTAL						

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: DGS norma nº 054/2011 de 27/12/2011

Projeto de Estágio

Promoção da Mobilidade Funcional no Idoso: Intervenção do Especialista em Enfermagem de Reabilitação

NÍVEIS DE FUNÇÃO	Dependente - (com ajuda)				
	(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não se realiza)				
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço				
	5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MÍNIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
	g) Só necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil > Sujeito realiza >= 50% <=75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza < 25% do esforço ou das tarefas
AUTO-QUIDADOS	A ALIMENTAÇÃO	g) OU h) exº.: o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas. i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
	B HIGIENE PESSOAL	g) OU h) exº.: o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	C BANHO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	D LAVAR CORPO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	E VESTIR METADE SUP.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	F VESTIR METADE INF.	g) OU h) exº.: o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
CONTROLE ESFÍNTERES	G BEXIGA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<=1x/mês) i) ...	j) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<=1x/semana) i) ...	k) para manutenção de colector externo; ou tem acidente ocasional (<=1x/dia) k) molha-se quase diária; deve usar fralda haja ou não sonda ou colector	l) molha-se quase diária; necessita sempre fralda haja ou não sonda ou colector
	H INTESTINO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<=1x/mês) i) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/sem.) i) ...	j) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/dia) j) ...	k) apesar da ajuda, está sujeito quase diariamente haja ou não estoma. k) ...	l) apesar da ajuda, está sujeito quase diária; necessita de fralda com ou sem estoma. l) ...
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS	I LEITORCADEIRA (DE RODAS) (CR)	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	J SAMITA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	K BANHEIRA, DUCHE	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
LOCOMOÇÃO	L MARCHA/ CAD. RODAS	5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c/ ou s/ auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com ...) i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m.
	M ESCADAS	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus; ou necessita ser transportado
COMUNICAÇÃO	N COMPREENSÃO	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual) «...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes; pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <25% x; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
	O EXPRESSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (exº repetição frequente) ... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	... <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
COGNICÃO SOCIAL	P INTERACÇÃO SOCIAL	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropiada/ em 25-49% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropiada/ em <25% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes £ Resolve os problemas de rotina £, 75-90% das vezes	£. £ (ver atrás), em 50-74% das vezes	£. £ (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança	£. £ (ver atrás) <=25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
	R MEMÓRIA	g) exº.: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

Fonte: DGS norma nº 054/2011 de 27/12/2011

Escala de Lowton e Browdy

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☒ Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☒ É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☒ É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- ☒ Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☐ Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☒ Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☐ Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☒ Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☒ Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☒ Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☒ Lava sozinho toda a sua roupa
- ☒ Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☐ A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☒ Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☒ É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☒ Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☒ É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☒ Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☒ Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ Incapaz de manusear o dinheiro

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Tempo de aplicação: 5 minutos

Fonte: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf, acedido a 11 de Julho de 2018

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que terra vive? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que casa estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_24_21_18_15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

PONTUAÇÃO:

É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos.

A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso.

	Pontos
Analfabetos	≤15
1 a 11 anos de escolaridade	≤22
Escolaridade superior a 11 anos	≤27

Tempo de aplicação: 5-10 minutos

Fonte: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf, acedido a 11 de Julho de 2018

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias :

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Tempo de aplicação: 6 minutos

Fonte: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf, acedido a 11 de Julho de 2018

Escala de Equilíbrio de Berg

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: É composto por atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação das transferências: levantar, sentar, rodar em torno de si mesmo, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, entre outras, em diferentes situações de disposição da base de sustentação. Avalia o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 tarefas funcionais específicas de dificuldade variada: Posição sentada para posição em pé, Permanecer em pé sem apoio, Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho, Posição em pé para posição sentada, Transferências, Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados, Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos, Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé, Apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé, Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé, Girar 360 graus, Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio, Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente, Permanecer em pé sobre uma perna. O score é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba 3 dimensões: manutenção de posição, ajuste postural e movimentos voluntários.

O desempenho de cada tarefa é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho do utente, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos. Portanto, quanto maior for o score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio.

Pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. (Blum&Komer - Bitensky, 2008).

Um valor de corte de 45 pontos é considerado preditor de queda, e um índice menor ou igual a 36 pontos está associado a 100% de risco de queda (Sousa e Ribeiro, 2012).

41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom

21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio

0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

Para a realização da Escala de Equilíbrio de Berg são necessários equipamentos acessíveis, como seja, um relógio, uma régua, um banco e uma cadeira. O tempo de aplicação do teste é de aproximadamente 30 minutos.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Apêndice 2 – Consulta de *Follow.up*

[illegible]

Apêndice 3 - Formação



9ºCurso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio com Relatório

Formação: Ensino Clínico no contexto hospitalar

Maria João da Costa Pechorro

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio com Relatório

Formação: Ensino Clínico no contexto hospitalar

Maria João da Costa Pechorro

Orientador: Professora Vanda Marques Pinto

Enfermeiro Orientador [REDACTED]

2019



Abreviaturas

DGS- Direção Geral de Saúde

EC- Ensino Clínico

LMERT- Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas Com o Trabalho

OE- Ordem dos Enfermeiros

Índice

INTRODUÇÃO	5
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
Primeiro Levante	7
LMERT e LMERT nos Enfermeiros	10
Prevenção de LMERT: Mecânica Corporal	11
BIBLIOGRAFIA	14
APÊNDICE- PLANO DE SESSÃO	

INTRODUÇÃO

No contexto de Ensino Clínico (EC) realizado no Serviço de Ortopedia II foi identificada a necessidade de desenvolvimento do tema relacionado com transferências, nomeadamente, a realização do primeiro levante. Identificou-se uma necessidade formativa neste âmbito podendo envolver este tema com conceitos de mecânica corporal.

Sendo o presente trabalho enquadrado num processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação que entre as competências, no domínio da gestão de cuidados “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2010, p.7- Anexo III) visando a otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade, criando guias orientadores, adequando os recursos às necessidades de cuidados, considero pertinente desenvolver um plano de sessão para a equipa de forma a partilhar conhecimentos acerca de boas práticas na intervenção do primeiro levante, posicionamentos e transferências realçando os princípios de mecânica corporal.

De realçar, o meu interesse por este tema, pois está relacionado com o projeto de estágio: a Mobilidade Funcional no Idoso, sendo que é extremamente importante para a independência funcional a implementação da mobilização precoce do utente e a realização do levante o mais precoce possível, com as medidas de segurança adequadas.

Considerando a necessidade de formação e a formação entre pares importante para a melhoria da prática de cuidados, foi proposto à Enfermeira Orientadora o desenvolvimento do tema. O momento formativo foi planeado, e após conhecimento do plano anual de formação de 2018 do Serviço Ortopedia II que contempla na sua fase final o tema: Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas Com o Trabalho (LMERT) proposta por uma colega, enfermeira do serviço, estudante do Cuso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, foi sugerido à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Chefe do Serviço a inclusão do tema na Formação Contínua do Serviço, que por sua vez, aceitaram, valorizando a pertinência do tema e uma mais valia para a formação no serviço.

A formação realizou-se no dia 9 de janeiro de 2019, às 14h. com cerca de 2h de duração. A população alvo foram os enfermeiros do serviço e assistentes

operacionais (apenas estiveram presentes dois elementos). A sessão de formação foi realizada em conjunto com a colega formanda da respetiva formação, pelo método expositivo (Apêndice I) e uma componente prática em que consistiu na avaliação da equipa através da demonstração do conteúdo abordado.

Fundamentação Teórica

Para a realização da formação foi desenvolvido conhecimentos acerca da temática, sendo apresentados de seguida.

Primeiro Levante

Após repouso no leito secundário a prescrição médica para tratamento, situação clínica justificável ou cirurgia, quando a pessoa, realiza mudança de posição de deitada para a posição de pé designa-se primeiro levante. Transferência é definida como “o padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra” (OE, 2013. p.49), sendo que pode ser realizada da cama para a cadeira, da cadeira para a cama ou vice-versa.

De acordo com a capacidade de colaboração do doente e as suas necessidades, a transferência pode ser realizada apenas pelo enfermeiro, ou por mais prestadores de cuidados, utilizando produtos de apoio sempre que se justifique para a realização da transferência em segurança.

Os objetivos do levante são prevenir complicações da imobilidade; incentivar o autocuidado; treinar o equilíbrio; preparar para o treino de marcha (OE, 2103) e deverá ser realizado assim que a situação clínica permitir (precocemente). O levante facilita a interação com o meio ambiente envolvente e estimula a realização das atividades de vida diárias e no autocuidado, promovendo a mobilidade funcional da pessoa.

Uma das intercorrências presentes aquando a realização do levante é a Hipotensão Ortostática que é definido por um quadro que surge associado à mudança do decúbito para o ortostatismo caracterizada pela diminuição da tensão arterial sistólica igual ou superior a 20 mmHg e/ou diminuição da tensão diastólica igual ou superior a 10 mmHg nos três minutos seguintes à passagem da posição de decúbito à posição ortostática (Soares, 2001; Sathyapalan & Atkin, 2011, citado por OE, 2013).

A população idosa é mais suscetível à ocorrência da Hipotensão Ortostática e segundo os mesmos autores referidos anteriormente, ocorre em 30 % da população idosa internada (com idade superior aos 75 anos) e na população idosa ambulatoria ocorre entre 10,7% e 13,7%.

Na realização do primeiro levante o enfermeiro deve ter em consideração princípios gerais para garantir a realização do procedimento de forma correta e em segurança:

- Planear o procedimento de acordo com o protocolo do serviço, situação clínica e com o nível de dependência;
- Explicar o procedimento à pessoa e incentivar a colaboração e participação de acordo com as suas capacidades;
- Ter em atenção as preferências da pessoa, privacidade assim como as limitações articulares e dor;
- Assegurar o uso de meias elásticas para a prevenção de fenómenos tromboembólicos¹¹;
- Vestir calças e calçar sapatos fechados e antiderrapantes (prevenção de quedas).

Procedimento por etapas:

1. Avaliar a tensão arterial em decúbito dorsal com a cabeceira do leito a 0º para encontrar e registar o valor de referência;
2. Avaliar a tensão arterial em *Fowler*, com a cabeceira do leito entre 45º a 60º e comparar com o valor obtido na primeira avaliação;
3. Sentar a pessoa no leito com os membros inferiores pendentes para promover e testar a adaptação ao ortostatismo;
4. Avaliar a tensão arterial e comparar com o valor obtido na primeira avaliação;
5. Transferir ou ajudar a pessoa a transferir-se para a cadeira;
6. Manter a pessoa sob vigilância, avaliar a tensão arterial após 10 minutos na posição sentada e comparar com o valor de referência;

Na realização de todo o procedimento avaliar sinais e sintomas de hipotensão ortostática: observar sinais de palidez e sudorese; valorizar queixas de náusea, tontura ou obnubilação. Se se observar qualquer um dos sinais, ou o doente referir algum dos sintomas, e/ou se verifique a diminuição da tensão arterial sistólica igual ou

¹¹ A profilaxia trombo embólica pode ser efetuada através de métodos mecânicos (meias elásticas) ou recorrendo a fármacos anticoagulantes. Os métodos mecânicos embora úteis, são menos eficazes que os métodos farmacológicos, sendo habitualmente utilizados como complemento de uma terapêutica farmacológica. A sua aplicação como método isolado deve apenas ser aplicada a situações em que exista contraindicações para os métodos farmacológicos (elevado risco de hemorragia) (DGS, 2014).

superior a 20 mmHg, e/ou diminuição da tensão diastólica igual ou superior a 10 mmHg em relação ao valor avaliado inicialmente, a pessoa deve ser colocada em decúbito dorsal com a cabeceira do leito a 0°. Nestes casos, ou se o tempo de imobilidade no leito tiver sido muito longo, ou a pessoa apresentar fatores de risco para as complicações da imobilidade, o levante deve ser realizado de forma progressiva, de forma a promover a adaptação ao ortostatismo e detetar precocemente, e em segurança, intolerância ao ortostatismo. Posicionar a pessoa primeiro na posição de *Fowler* durante 30 minutos, de acordo a tolerância da pessoa, antes de proceder ao levante, se necessário, começar por elevação progressiva da cabeceira da cama no dia anterior ao levante.

É essencial, para a realização de transferências em segurança, e sempre que necessário, a utilização de produtos de apoio e auxiliares: elevadores mecânicos, tábuas de transferência, cintos com pegas ou resguardos.

(OE, 2013; Elkin, Perry&Potter, 2005)

LMERT e LMERT nos Enfermeiros

As LMERT é o conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor que resultam de fatores de risco profissionais como as atividades repetidas, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho (Direção Geral de Saúde (DGS), 2008). Também são definidas pela Organização Mundial Da Saúde como as lesões que resultam de vários fatores, mas que são decisivamente influenciadas e agravadas pelo ambiente de trabalho e pelo desempenho da atividade laboral (Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016).

As causas mais significativas das lesões musculoesqueléticas são os movimentos repetitivos, posturas inadequadas e levantamento de cargas. De entre os vários setores de trabalho, os mais afetados são o da **saúde e assistência social**, o dos transportes e comunicação e o da construção, assim como profissionais de limpeza, os cabeleireiros, os operários da indústria pesada e as funções de tarefas de escritório ou laboratório (Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016). A exposição a fatores de risco ergonómicos é mais frequente que a exposição a outros fatores de risco ambiental: o ortostatismo prolongado é a exposição mais reportada (81,6%), depois a realização de movimentos repetitivos (79,4%) e da manutenção de posturas dolorosas ou fatigantes (62,9%) (Monjardinho, Amaro, Batista, & Norton, 2016).

As causas das lesões musculoesqueléticas são variadas, mas a sobrecarga a nível dos tendões, dos músculos, das articulações e dos nervos constitui um importante fator de risco, assim como a repetitividade e a postura adotada durante o trabalho. Estudos já evidenciam que a profissão de enfermagem tem um risco elevado para as LMERT o qual deriva principalmente de atividades relacionadas com a movimentação, transferência e posicionamentos de pessoas.” (Barroso, Carneiro, & Braga, 2007, citado por OE, 2013).

As LMERT são descritas como um dos principais problemas de saúde ocupacional dos profissionais de saúde. As condições de trabalho e as tarefas dos profissionais de saúde, principalmente em contexto hospitalar acarretam lesões musculoesqueléticas. Os profissionais de saúde deparam-se com vários fatores de risco durante a prestação de cuidados aos doentes em atividades como alimentação, administração de medicação endovenosa, transferências, mobilizações, posicionamentos e higiene (Serranheira et al., 2012). Segundo este estudo, realizado sobre as LMERT e os enfermeiros, os primeiros episódios de LMERT ocorrem nos

primeiros 5 anos de trabalho na maioria dos enfermeiros (52,7%) e a sua prevalência é 95,7. Esta situação está relacionada com as tarefas repetitivas, a prestação de cuidados a grande número de doentes, com incorretas posturas corporais como torção e flexão do tronco e o levantar e transferência de materiais e de doentes dependentes.

É, portanto, necessário intervir na adoção de boas práticas de forma a minimizar os riscos de contrair lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho. Os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação no seio da equipa têm um papel importante no reforço dos conceitos de mecânica corporal e posturas corretas nos momentos da prestação de cuidados.

Prevenção de LMERT: Mecânica Corporal

A prevenção de LMERT nos enfermeiros baseiam-se nas boas práticas e correta mecânica corporal tendo atenção à postura, ao alinhamento e ao equilíbrio corporal nas mobilizações, transferências, cuidados de higiene e nas diversas atividades. A mecânica corporal tem como finalidade “reduzir a energia necessária para o movimento da pessoa, o que reduz o estado de fadiga, diminuindo o risco de desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas” (Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016).

Para uma correta mecânica corporal há que considerar os conceitos: alinhamento corporal, equilíbrio, movimento, fricção/atrito e força mecânica. O alinhamento corporal refere-se à posição do corpo em função da disposição das várias partes do corpo, respeitando a sua anatomia e fisiologia. O alinhamento correto diminui as tensões entre estruturas musculoesqueléticas (articulações, tendões, ligamentos e músculos) mantendo a tonicidade muscular favorecendo o equilíbrio corporal. O equilíbrio é a posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio permitindo manter uma postura correta. Implica alinhamento e articula-se com a base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade. O movimento envolve o funcionamento interligado dos sistemas esquelético, muscular e nervoso permitindo a coordenação do corpo como uma unidade funcional. A fricção/atrito é a resistência que um corpo encontra na superfície sobre a qual se movimenta. Por último, a força mecânica é a aplicação de uma força

num corpo fixo, utilizando uma alavanca de forma a mover uma carga ou resistência (OE, 2013; Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016).

“a consciencialização dos princípios básicos da mecânica corporal assume-se como prioritária para um nível de bem-estar satisfatório dos indivíduos, já que permite a prática segura, tanto no desempenho de uma profissão como na atividade de vida diárias. É importante que a pessoa incorpore no seu quotidiano os princípios da mecânica corporal de modo coerente e automático, diminuindo, desta forma, o risco de lesões no sistema musculoesquelético” (Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016).

A aplicação dos princípios da mecânica corporal e a sua implementação na prática de cuidados é essencial para minimizar os riscos e as consequências no sistema musculoesquelético. Os princípios gerais para uma correta mecânica corporal devem ser os seguintes:

- Vestuário adequado (roupa cómoda que permita a liberdade de movimento e o calçado deve ter boa aderência);
- Andar o mais direito possível, com o olhar para cima da linha do horizonte;
- Avaliação ergonómica da tarefa (existência de espaço físico suficiente, 2,5 metros livres desde o centro da cama);
- Piso com condições de segurança- não deve ser escorregadio, desnivelado ou com obstáculos;
- Trabalhar sempre junto à mesa de trabalho;
- Evitar fletir o tronco quando se está de pé ou se executa qualquer atividade sobre a mesa ou superfície;
- Segurar os objetos pesados junto do corpo;
- Não colocar pesos acima da altura da cabeça;
- Manter uma ampla base de sustentação, com os pés confortavelmente afastados, um pé à frente do outro e as pontas dos pés voltados para o movimento;
- Evitar a rotação anormal da coluna, acompanhando a direção do movimento;
- Sempre que se precise de se inclinar, fletir os joelhos e a articulação coxofemoral;
- Dividir o peso pelos membros superiores e inferiores, reduzindo o risco de lesões osteoarticulares do tronco;
- Contrair os músculos abdominais durante a realização de esforço;
- Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar;
- Mudar de posição e de atividade para preservar o tónus muscular e evitar a fadiga;

- Planear e repartir os movimentos- identificar quem coordena;
- Recursos humanos e técnicos disponíveis- não se deve levantar mais de 35% do seu peso corporal;
- Utilizar equipamento regulável em altura e produtos de apoio e auxiliares: como elevador, cintos de transferência, tábua de transferência, resguardo, *transfer*;

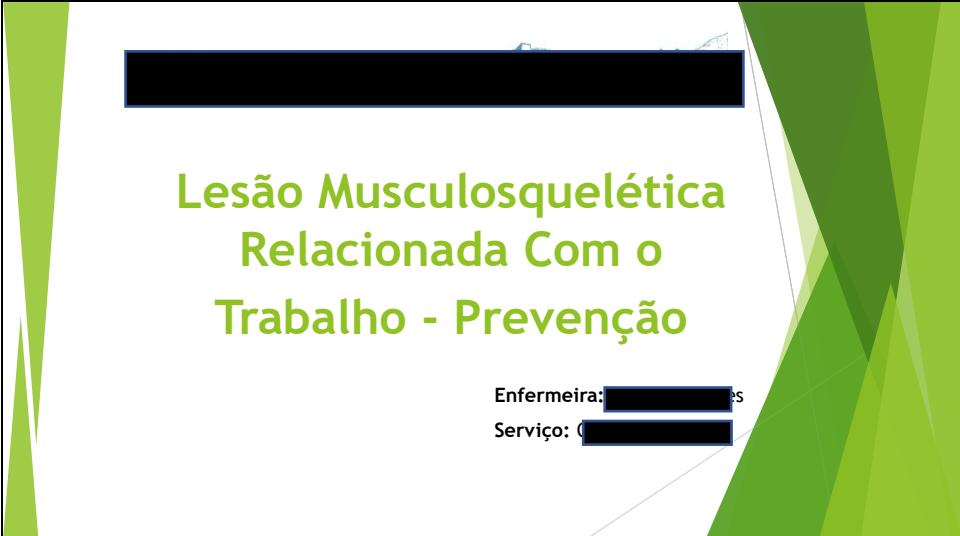
OE, 2013; Lourenço, Ferreira, & Baixinho, 2016

Bibliografia

- Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Guia de orientação para prevenção das lesões musculoesqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas*. Lisboa: Direcção-geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Profilaxia do Trombo Embolismo Venoso em Ortopedia*, 026/2012, 1–15. Retrieved from www.dgs.pt
- Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos* (2ª ed.). Loures: Lusodidata
- Lourenço, M. J., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2016). *TERAPÊUTICA DE POSIÇÃO Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. Loures: LUSODIDACTA.
- Monjardinho, T., Amaro, J., Batista, A., & Norton, P. (2016). *Trabalho e Saúde em Portugal 2016*. Porto: Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas à Pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C. & Sousa-Uva, A. (2012). *Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho?* Elsevier-Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30 (2), 193-203. DOI: [10.1016/j.rpsp.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001)

Apêndice I- Plano de Sessão

Diapositivo 1



Lesão Musculoesquelética
Relacionada Com o
Trabalho - Prevenção

Enfermeira: [Redacted]
Serviço: [Redacted]

Diapositivo 2

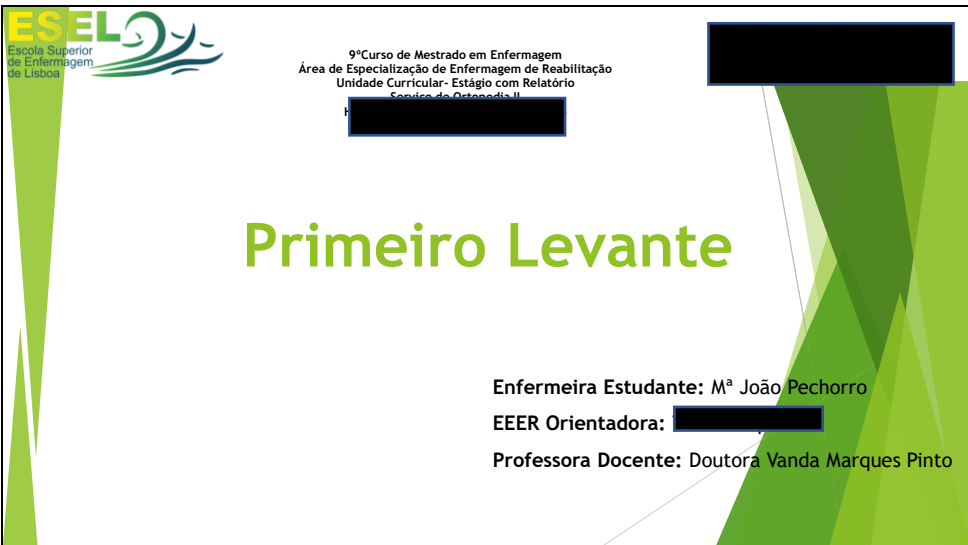


Lesão musculoesquelética relacionada com o
trabalho - LMERT

Objetivos:

- Definição de LMERT;
- Etiologia de LMERT;
- LMERT nos profissionais de saúde;
- Prevenção de LMERT- Ergonomia.

Diapositivo 3



ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

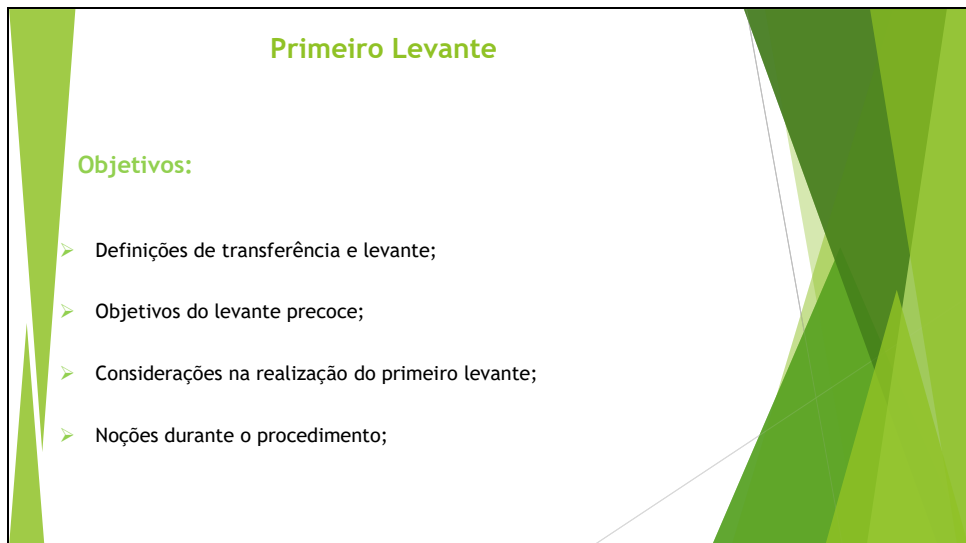
9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular- Estágio com Relatório
Serviço de Ortopedia II

[Redacted]

Primeiro Levante

Enfermeira Estudante: M^a João Pechorro
EEER Orientadora: [Redacted]
Professora Docente: Doutora Vanda Marques Pinto

Diapositivo 4

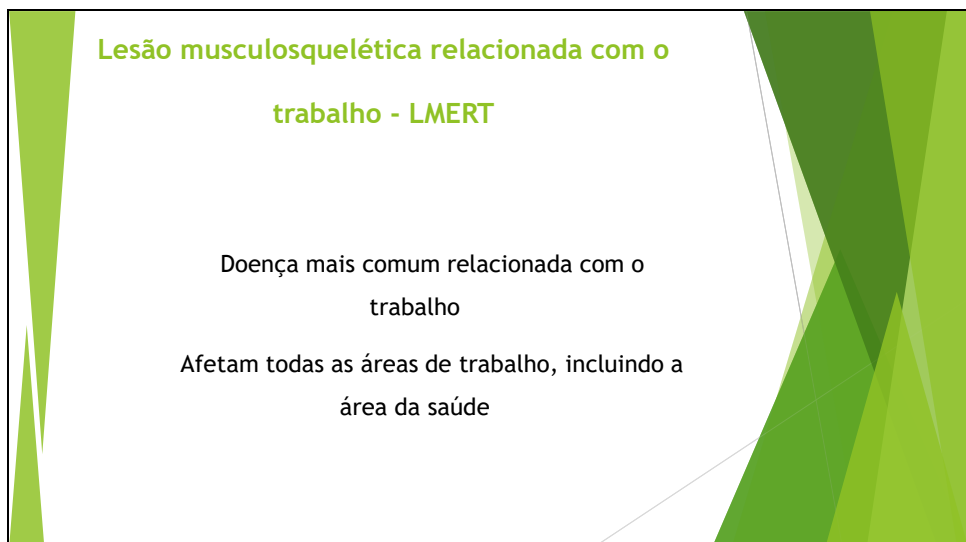


Primeiro Levante

Objetivos:

- Definições de transferência e levante;
- Objetivos do levante precoce;
- Considerações na realização do primeiro levante;
- Noções durante o procedimento;

Diapositivo 5

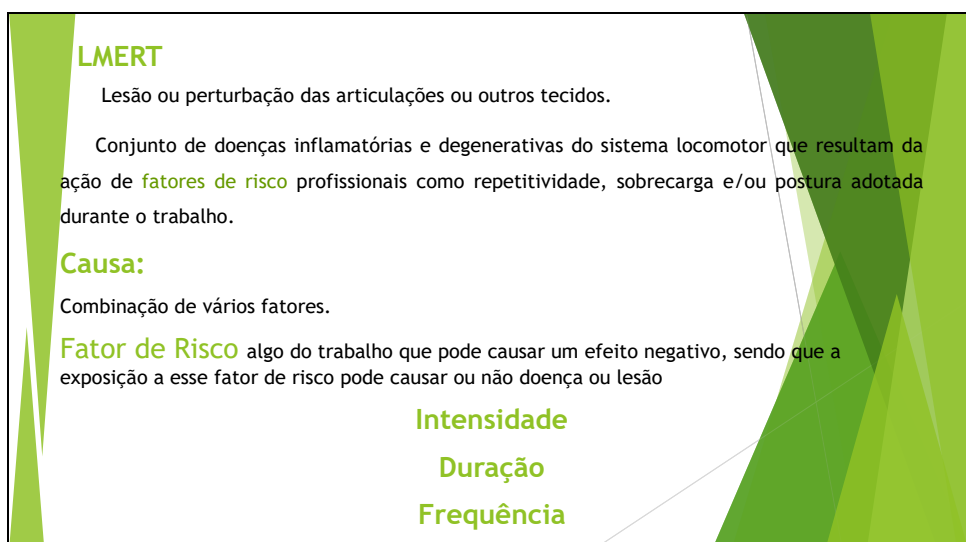


Lesão musculoesquelética relacionada com o trabalho - LMERT

Doença mais comum relacionada com o trabalho

Afetam todas as áreas de trabalho, incluindo a área da saúde

Diapositivo 6



LMERT

Lesão ou perturbação das articulações ou outros tecidos.

Conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor que resultam da ação de **fatores de risco** profissionais como repetitividade, sobrecarga e/ou postura adotada durante o trabalho.

Causa:

Combinação de vários fatores.

Fator de Risco algo do trabalho que pode causar um efeito negativo, sendo que a exposição a esse fator de risco pode causar ou não doença ou lesão

Intensidade

Duração

Frequência

Diapositivo 7

LMERT- Fatores de Risco

Fatores de risco relacionados com a atividade de trabalho (posturas ou posições corporais extremas, aplicação de força, repetitividade, exposição a elementos mecânicos);

Fatores de risco individuais (idade, sexo, altura, peso, situação de saúde);

Fatores de risco organizacionais/psicossociais (ritmo intenso de trabalho, monotonia da tarefa, insuficiente suporte social, modelo organizacional de produção).

Diapositivo 8

LMERT- Sintomas

- Dor
- Sensação de dormência ou formigues na área afetada podendo irradiar
- Sensação de peso, fadiga ou desconforto localizado
- Sensação ou perda de força

Gradualmente
Final do dia
Picos de produção

Alivia

Pausas
Repouso
Férias

Lesão crónica

- Edema na zona afetada
- Hipersensibilidade (temperatura, toque, esforço)

Diapositivo 9


LMERT

Agrupadas de acordo com a estrutura afetada

- Tendinite
- Síndrome canicular
- Raquialgia
- Síndrome neurovascular



<http://tsummel.pt/images/painful-joints-human-anatomy-concept-with-the-body-as-a-group-of-circular-edits.jpg>



https://images.vidiataiva.pt/article/q/RSZL_M0D_xgme-gain-male-hurt-backbone-isolated-on-white_1499903236.jpg

- posturas prolongadas de pé
- permanência sentado em trabalho com o computador
- movimentos frequentes de extensão e flexão da coluna
- manuseamento e transporte de cargas

Diapositivo 10

LMERT nos profissionais de saúde




15 a 72%
transferência dos doentes

Fatores de Risco

- ❖ Alimentação
- ❖ Administração de medicação endovenosa
- ❖ Transferências
- ❖ Mobilizações
- ❖ Posicionamentos
- ❖ Higiene

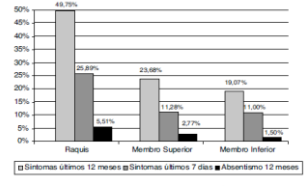
Diapositivo 11

LMERT nos profissionais de saúde

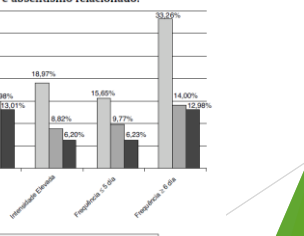


Artigo original
Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «osso do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho?
Flávia Maria Serranheira^{1,2,3,4}, Teresa Cortez¹, Victor Rodrigues¹, Carla Nunes^{1,4}
e António Sousa-Costa^{1,2}

Intensidade e frequência dos sintomas musculoesqueléticos.



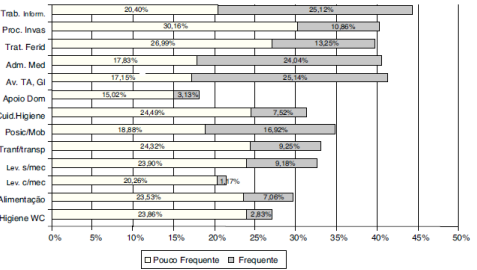
Sintomatologia musculoesquelética e absenteísmo relacionado.



Serranheira, F., Cortez, T., Rodrigues, V., Nunes, C. & Sousa-Costa, A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «osso do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (2), 193-203. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001>

Diapositivo 12

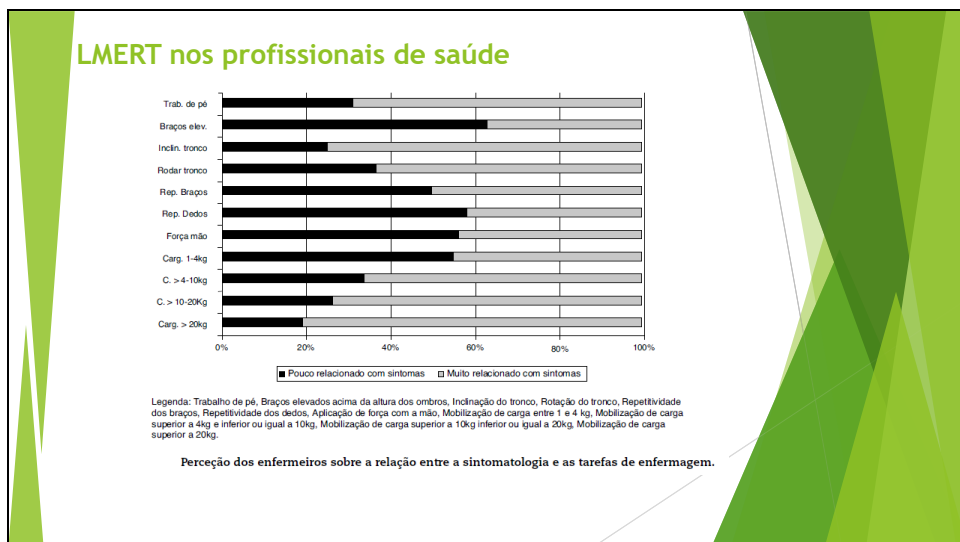
LMERT nos profissionais de saúde



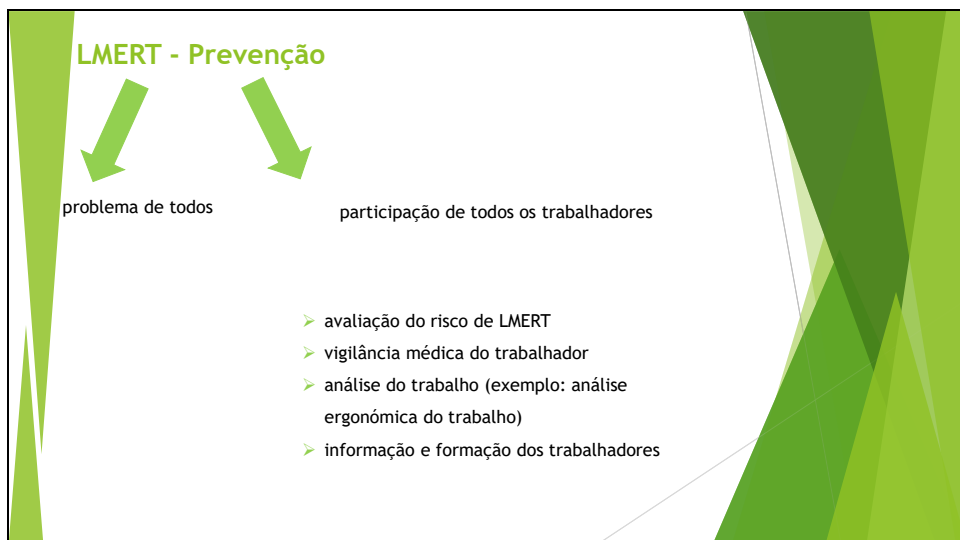
Legenda: Trabalho informatizado, Procedimentos invasivos, Tratamento feridas, Administração de medicação, Avaliação de parâmetros tensão arterial, Glicemia e outros, Apoio no domicílio, Cuidados de higiene no Leito, Posicionamento e mobilização do doente, Transferência e transporte do Doente, Levante sem apoio mecânico, Levante com apoio mecânico, Alimentação do doente, Higiene no WC.

Tarefas de enfermagem

Diapositivo 13



Diapositivo 14



Diapositivo 15

LMERT - Prevenção

Ergonomia

Disciplina científica que visa estudar as interações entre seres humanos e os outros elementos do sistema e com os quais interagimos no nosso dia-a-dia, mas principalmente no local de trabalho, contribuindo para otimizar o bem-estar humano e o desempenho profissional.

- Eficiência organizacional
- Saúde
- Segurança
- Conforto

- Avaliação da postura e movimentos corporais
- Equipamentos
- Fatores físicos e ambientais que o rodeiam

<http://www.escoladepostura.com.br/main.asp?link=noticia&id=40>

Diapositivo 19

LMERT - Prevenção

Mecânica Corporal

Postura Correta ao Sentar em Frente ao Computador



Prefira ambientes neutros, com superfícies não refletoras e pouco ruído.

Regule brilho e contraste do monitor

Teclado diretamente à sua frente

Rato próximo ao teclado e no mesmo nível

Joelhos discretamente abaixo do quadril

Pés apoiados no solo ou em descanso para os pés

Utilize iluminação adequada, com luz indireta de preferência.

Ombros e quadris alinhados

Punho em uma posição neutra (sem dobrar)

Encosto adaptado à curvatura da coluna

Descanso de braço na altura do cotovelo

Altura do assento abaixo da patela

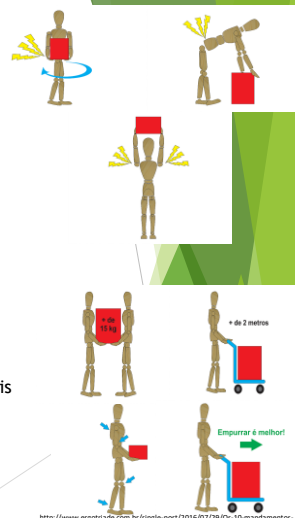
<http://construcaoedesign.com/wp-content/uploads/2011/08/postura-correta-sentar-cadeira-ergonomia.jpg>

Diapositivo 20

LMERT - Prevenção

Mecânica Corporal

Mobilização - levante e transporte de cargas



- Pés afastados para aumentar a base de sustentação;
- Baixar o corpo com flexão dos membros inferiores;
- Manter a coluna ereta obedecendo à curvatura fisiológica;
- Abdômen contraído;
- Pegar e transportar a carga o mais próximo do centro da gravidade - mais próximo do corpo.

Diapositivo 22

LMERT - Prevenção

Mecânica Corporal

Posicionamento e Transferência de doentes

> Utilizar sempre que possível:

Equipamento regulável em altura, ajustando-o de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento a realizar;

Auxiliares mecânicos: *roller aid, easy slide, transfer*, elevadores, resguardos, trapézio ou outros.

Fardamento confortável e suficientemente largo para permitir toda a amplitude de movimentos e **calçado** fechado para diminuir o risco de lesão na mudança de direção.

Diapositivo 23



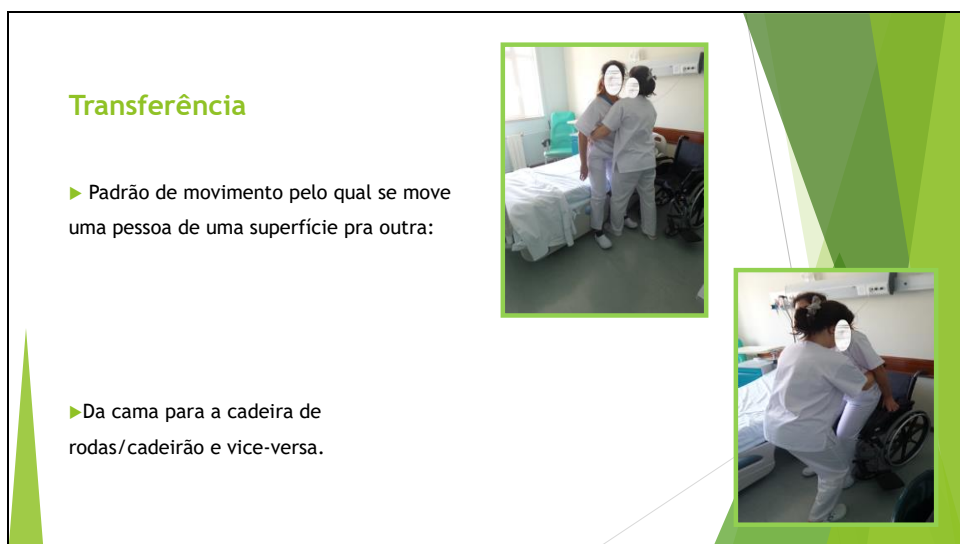
Diapositivo 24



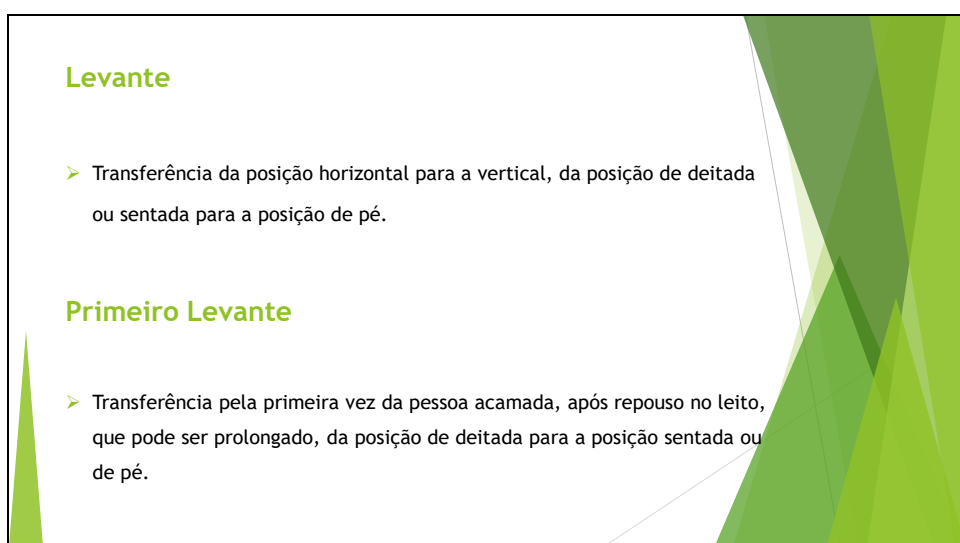
Diapositivo 25



Diapositivo 26



Diapositivo 27



Diapositivo 28

Objetivos

- Prevenir complicações da imobilidade no leito;
- Readaptar a pessoa na posição de pé ou de sentado;
- Facilitar a interação com o meio ambiente envolvente;
- Incentivar nas atividades do autocuidado- promover a mobilidade funcional;
- Treinar o equilíbrio;
- Preparar para o treino de marcha.

Diapositivo 29

Princípios Gerais

- Planear o procedimento de acordo com o protocolo do serviço, situação clínica e com o nível de dependência;
- Explicar o procedimento e incentivar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- Assegurar o uso de meias elásticas para a prevenção de fenómenos tromboembólicos;

Diapositivo 30

Princípios Gerais

.Garantir condições de segurança:

- cama, cadeira-de rodas e cadeirão travados;
- apoio humano e/ou material necessário de acordo com a colaboração da pessoa.

Providenciar vestuário e calçado **apropriado** :

- Uso de **calças** - facilita o procedimento;
- Uso de **calçado fechado e antiderrapante** - diminuir o risco de queda.



https://http2.mlstatic.com/lapato-de-seguranca-ocupacional-antiderrapante-@permeavel-D_NQ_NP_803264-Mlx8239@623779_090317-8.jpg

Diapositivo 31

Hipotensão ortostática

- Quadro associado à mudança do decúbito para o ortostatismo;
- Queda da TAS igual ou superior a **20mmHg** e/ou diminuição da TAD igual ou superior a **10mmHg** nos três minutos seguintes.


População idosa ☐ Hipotensão Ortostática

- 30% da população internada (idade superior a 75 anos de idade);
- 10,7% na população idosa ambulatoria.

Diapositivo 32

Técnica de Levante


- Decúbito dorsal com a cabeceira a 0°, avaliar TA e registar valor de referência;



Diapositivo 33

Técnica de Levante

- Posicionar o doente em Fowler, com a cabeceira entre 45° a 60°, avaliar TA e comparar com o valor inicial;



Avaliar sinais e sintomas de hipotensão ortostática


☐ TAS \geq 20mmHg e/ou ☐ TAD \geq 10mmHg

Diapositivo 34

Técnica de Levante

- Sentar a pessoa na cama;

Avaliar TA



- Baixar o plano da cama de forma a que o doente fique com os dois pés no chão- verificar equilíbrio.

Avaliar sinais e sintomas de hipotensão ortostática

☐ TAS \neq > 20mmHg e/ou ☐ TAD \neq > 10mmHg

Diapositivo 35

Técnica de Levante

- Transferir/assistir a pessoa para a cadeira/cadeirão;

Avaliar TA 10 min após



Diapositivo 36

Técnica de Levante

Se Hipotensão Ortostática e/ou sinais e sintomas:

- Colocar o doente em decúbito dorsal com a cabeceira do leito a 0°;
- Posteriormente, proceder de forma progressiva, **eleva a cabeceira** da cama, aumentando o tempo de permanência em **Fowler**, **sentar à beira da cama** e efetivar o **levante**.

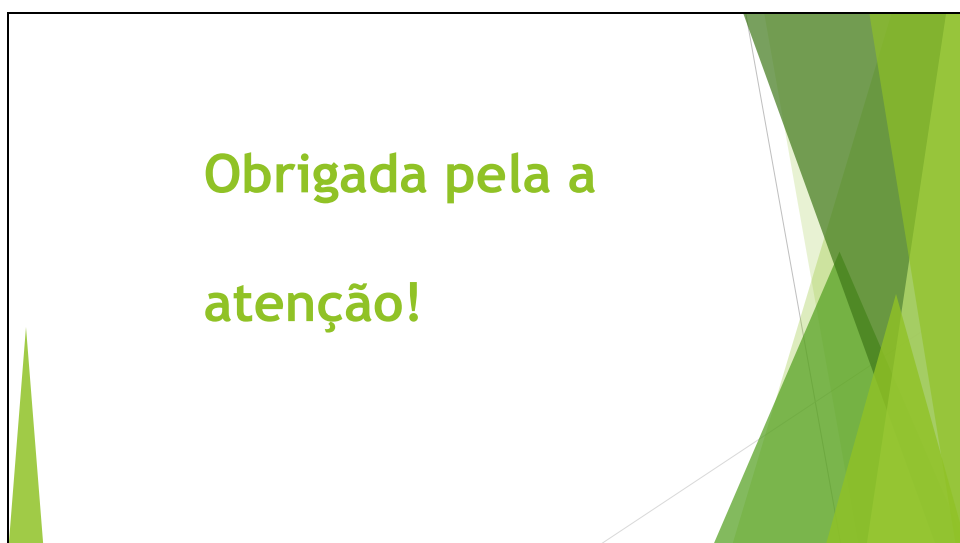
Diapositivo 37



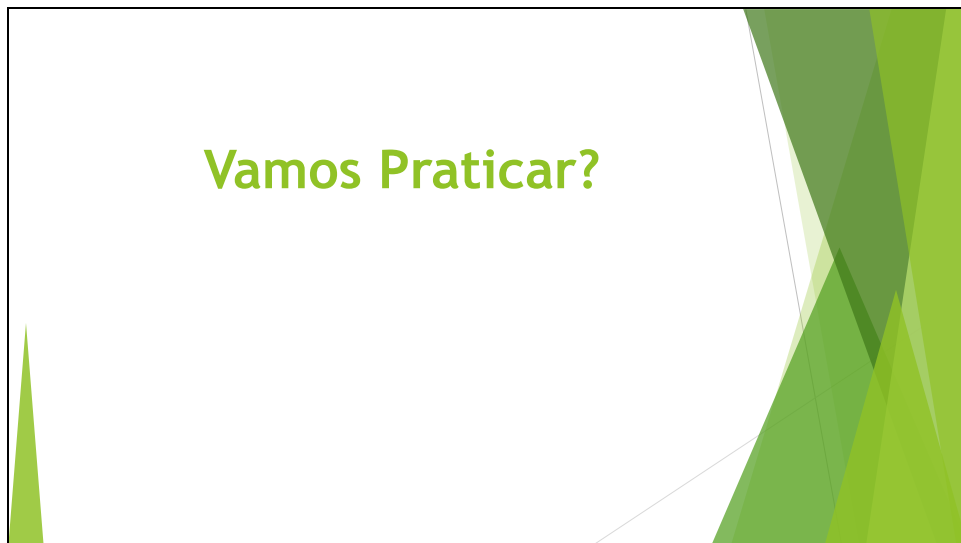
Diapositivo 38



Diapositivo 39



Diapositivo 40



Diapositivo 41

Bibliografia

- Chiwaridzo, M., Makotore, V., Dambi, J.M., Munambah, N. & Mhlanga, M. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: a case of a large central hospital in Harare, Zimbabwe. *BioMed Central Research Notes*, 11(1), 1-7. doi: <http://doi.org/10.1186/s13104-018-2811-8>
- DGS-Direção Geral de Saúde (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho- Guia de orientação para a prevenção*. Programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa.
- Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos* (2ª ed.). Loures: Lusodidata
- EU-OSHA- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2008). *E-fact 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões musculoesqueléticas na prestação de cuidados de saúde*. Retirado de: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/e-fact/e-fact28/28>
- EU-OSHA- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2018). *Trabalhadores Saudáveis, empresas prósperas- Guia prático para o bem-estar no trabalho*. Retirado de: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing/2018>
- Health Care (2017). Núcleo integrado de aptidão física e saúde. Retirado de: <http://nucleohealthcare.com.br/blog/2017/07/27/quais-sao-os-sinais-de-ergonomia-confira/>
- IEA- International Ergonomics Association (2019). *Definição e Domínios da Ergonomia*. Retirado de: <https://www.iea.cc/whats/index.html>
- Muscolino, J.E. (2008). *Cinesilogia- O sistema esquelético e a função muscular*. Loures: Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas- Cuidados à pessoa com alterações de mobilidade, posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. In Série 1 Vol.7. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Samaei, S.E., Mostafaei, M., Jafarpour, H. & Hosseinabadi, M.B. (2017). Effects of patient-handling and individual factors on the prevalence of low back pain among nursing personnel. *IJS Press*, 56(4), 551-561. doi: 10.3233 / WOR-172526.
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C. & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? *Elsevier-Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (2), 193-203. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001>

Apêndice 4 – Folha de Registos

Serviço de XXXXXXXXXX

Data:

S1 Cama		Nome/Idade/ AP	Diagnóstico/IC	Ocorrências	Cuidados de Reabilitação
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Serviço de XXXXXXXXXX

Data:

S2 Cama	Nome/Idade/ AP	Diagnóstico/IC	Ocorrências	Cuidados de Reabilitação
12				
13				
14				
15				
16				
18				
19				
20				
21				

<div>S3</div> <div>Cama</div>	Nome/Idade/ AP	Diagnóstico/IC	Ocorrências	Cuidados de Reabilitação
22				
23				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Serviço de XXXXXXXXXX

Data:

<div>S1</div> <div>Cama</div>	Nome/Idade/ AP	Diagnóstico/IC	Ocorrências	Cuidados de Reabilitação
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				

Apêndice 5 – Plano de Cuidados



9ºCurso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

[Estágio com Realatório

Plano de Cuidados]

[Maria João da Costa Pechorro

Docente Orientador: Professora Vanda Marques Pinto

Enfermeira Orientadora [REDACTED]

Lisboa]
[2018

Abreviaturas

ACF- Articulação Coxofemoral CF- coxofemoral

ATT- Articulação Tibiotársica

CF- coxofemoral

DD- Decúbito Dorsal

DL- Decúbito Lateral

DSD- Decúbito Semi dorsal

ECG- eletrocardiograma

EEB- Escala de Berg

EEER- Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

Hb-hemoglobina

HOSO- Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão

MI- Membro Inferior

MID- Membro Inferior Direito

MIE- Membro Inferior Esquerdo

MRC- Medical Reseach Council

MS- Membro Superior

MSD- Membro Superior Direito

MSE- Membro Superior Esquerdo

OPII – Ortopedia Piso II

SatO2- Saturação periférica de O2

TT- Tibiotársica

O presente trabalho consiste na apresentação de Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, realizado no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, em contexto de Ensino Clínico, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório.

O Plano de Cuidados é apresentado inicialmente com a colheita de dados seguida de avaliação e posteriormente o plano de cuidados em tabela. A realização e apresentação foi baseada na linguagem CIPE adaptada ao programa SClinico orientada pela NANDA International de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (2014).

Pretende-se com a realização deste trabalho desenvolver a capacidade de avaliação, planeamento de intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação e posterior avaliação no programa de intervenção de forma a adquirir as competências específicas e comuns do EEER

Colheita de Dados

Dados Pessoais

Nome: IGFP

Género: Feminino

Residência: Instituição [REDACTED] (há 10 anos que frequenta a [REDACTED]
[REDACTED] (permanecia umas semanas e regressava à sua casa em Portalegre)
está institucionalizada há cerca de 8 anos.

Idade: 95 (1923-05-02)

Profissão: Reformada (Professora de 1ºCiclo)

Naturalidade: Castelo Branco

Pessoa Significativa: Sobrinha. É viúva há 14 anos e não tem filhos

Antecedentes de Saúde: Hipertensão arterial medicada; Síndrome Vertiginoso medicado; Rinite alérgica.

Terapêutica Habitual: Nebilet 1/2cp ao pequeno-almoço; Betahistina 24mg ao pequeno-almoço.

Hábitos Aditivos: não tem

Alergias: iodo e antibiótico que não sabe especificar

Nota de entrada: A Sr.^a IP é uma senhora de 95 anos de idade. Consciente e orientada no tempo e espaço e pessoa. Independente nos autocuidados. Deambula com uma bengala por tonturas. Continente de esfíncteres.

No dia 13/10/2018 recorre ao SU, trazida pelo INEM por queda da própria altura, resultando em traumatismo e dor na anca esquerda (ELA 7/10). À chegada consciente e orientada no T/E/P.

Diagnóstico: Fratura do colo do Fémur Esquerdo (Garden IV)

Meios Complementares de Diagnóstico

Radiografia:



No Serviço de Urgência, no serviço de Observação foi instituído repouso no leito, aplicado tração cutânea de 2 KG no membro inferior esquerdo, sem sinais de compromisso neuro-circulatório no membro. Fica em jejum a partir da 1h do dia 14/10 para ida ao bloco operatório. Cerca das 8h do dia **14/10** foi transferida para o BO.

Cirurgia: Hemiartróplastia cefálica unipolar da anca esquerda com prótese Thompson, sob anestesia raquidiana.

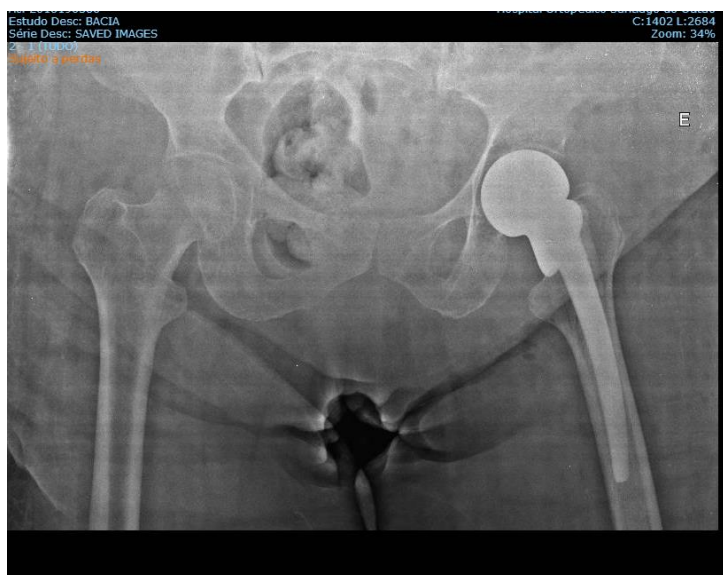
Como intercorrências há a referir aquando a administração de antibioterapia profilática intraoperatória com 2g de Cefazolina EV, utente refere sabor amargo na boca e náusea. Foi prescrito como antibioterapia profilática pós-operatória clindamicina.

14/10/2018- Utente no pós-operatório imediato permanece na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos. Consciente e orientada no T/E/P. Eupneica com boas Saturações periféricas. Hemodinamicamente estável (TA: 144/67 mmHg; FC: 65 bpm; FR: 23 cpm; Sat.P. O2: 98%). Apresenta soroterapia em veia periférica permeável; dreno aspirativo (tipo RediVac) com conteúdo hemático; penso operatório na anca esquerda; algaliada com saída de urina clara. Fica pedido radiografia,

Medicina física de Reabilitação, indicação para realização de carga total e transferência para o HOSO caso não ocorram intercorrências major.

15/10/2018- Utente transferida para o HOSO, OPII vinda da UCIC, sem intercorrências. À chegada TA: 140/77 mmHg; FC: 112 bpm; FR: 24 cpm; Sat. P. O2: 97%

Radiografia



Terapêutica

Analgesia: Paracetamol 1g, EV/oral; Cetoralc 30mg, EV;

Anticoagulante: Enoxaparina 40mg, SC

Terapêutica do domicílio: Nebivolol 5mg, oral; Beta-histina 16mg, oral.

Antibioterapia profilática: Clindamicina 600mg, EV;

16/10/2018- Iniciado programa de reabilitação. Prestados os cuidados de higiene e conforto no leito, realizados primeiro levante com ajuda e ensino da técnica de andar com meios auxiliares de marcha com andarilho e canadianas e treino de deambulação com o andarilho. Iniciou programa de reabilitação com fisioterapeuta.

18/10/2018- Avaliado conhecimento acerca dos ensinamentos realizados referente aos posicionamentos, exercícios do plano de intervenção com a supervisão na realização dos mesmos. Realizado os cuidados de higiene e conforto na casa de banho realizando os ensinamentos das técnicas adaptativas com instrução e treino no autocuidado higiene e vestuário. Treino de deambulação com andarilho e canadianas por curtas

distâncias. Mantém programa de reabilitação no ginásio de Medicina física e Reabilitação.

Avaliação Respiratória

A Sr^a IP apresenta-se eupneica, com SatO₂ 97-99% a ar ambiente. À auscultação mantém murmúrio vesicular mantido e simétrico sem ruídos adventícios.

Avaliação Neurológica: estado mental

Aplicado MMES com pontuação de 30, não apresentando défices cognitivos.

Consciente e orientada alo e autopsiquicamente. Sem alterações na atenção, memória e linguagem.

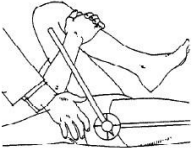
Avaliação Função Muscular e Articular

Medical Research Council – Escala Força Muscular	
0	Nenhuma contração visível
1	Contração visível sem movimento do segmento
2	Movimento ativo sem gravidade
3	Movimento ativo contra a gravidade
4	Movimento ativo contra gravida e resistência
5	Força normal

	16/10/ 2018		18/10/2 018	
Movimentos Avaliados				
Flexão da CF	4	5	5	5
Dorsiflexão da TT	5	5	5	5

Amplitude Articular

Com a utilização do goniómetro. Avaliada o movimento de flexão da ACF

COXO-FEMURAL (FLEXÃO)				
	AI: 16/10		AF: 18/10	
	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
	100°	100°	100°	100°
	80 Graus	90 Graus	90 Graus	90 Graus

Avaliação da Dor

Escala Linear Analógica não visual:

14/10/2018- Dor 2 no MIE em repouso; no movimento Dor 4.

21/10/2018- Dor 0 no MIE em repouso; no movimento Dor2.

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado

Índice de Barthel

15/10/2018- Score 25

21/10/2018- Score 70

Item	AI	AF
1-Alimentação	5	10
2-Transferências	5	10
3-Toilete	5	5
4- Utilização de WC	0	5
5- Banho	0	0
6-Mobilidade	0	10
7- Subir e descer escadas	0	5
8-Vestir	0	5
9- Controlo Intestinal	10	10
10- Controlo Urinário	0	10
Pontuação	25	70

Avaliação do Risco de úlcera de pressão

Escala de Braden

15/10/2018- 14

21/10/2019- 20

Item	AI	AF
Percepção sensorial	3	4
Humidade	3	3
Actividade	1	3
Mobilidade	2	3
Nutrição	3	4
Fricção e forças de deslizamento	2	3
Total	14	20

Avaliação do Risco de Queda

Escala de Morse

15/10/2018- 85

21/10/2018- 65

Item	Score	
Historial de quedas	25	25
Diagnóstico(s) secundário(s).	0	0
Ajuda para caminhar	0	15
Terapia intravenosa	20	0
Postura no andar e na transferência	20	10
Estado mental	15	15
Pontuação	80	65

Avaliação do equilíbrio

Escala Equilíbrio de Berg

25/10/2018- 19

29/10/2018- 22

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado

Escalas \ Datas	AI: 16/10	AF: 18/10
Índice de Barthel	30	15
Escala de Braden	15	22
Escala de Morse	60	85
Escala Equilíbrio de Berg	19	22

Principais Problemas/Focos de Enfermagem

Autocuidado

Alimentar-se

Autocuidado: Higiene

Autocuidado: Uso do Sanitário

Autocuidado: Vestuário

Dor

Ferida Cirúrgica

Posicionar-se

Levantar-se

Transferir-se

Andar com auxiliar de marcha

Queda

Úlcera de Pressão, Risco

Queda, Risco

Edema, MID

Objetivos do Programa de Intervenção de Reabilitação

- Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade;
- Capacitar a pessoa para a realização dos autocuidados;
- Maximizar as capacidades de forma a obter a máxima independência possível;

PLANO DE CUIDADOS / INTERVENÇÃO-REABILITAÇÃO:

INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Focos / Diagnóstico de Enfermagem
AUTOCUIDADO <u>comprometido</u> <i>relacionado com</i> intervenção cirúrgica <i>manifestado por</i> incapacidade em realizar os autocuidados de forma independente
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Promover o autocuidado;- Capacitar para a realização dos autocuidados;- Maximizar as capacidades para a realização dos autocuidados.
Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none">- Avaliar o autocuidado através do Índice de Barthel;- Avaliar o conhecimento e capacidade para realizar o autocuidado;- Assistir a pessoa na realização dos autocuidados para a satisfação das suas necessidades humanas básicas;- Incentivar na realização dos autocuidados que consegue realizar autonomamente.
Resultados Esperados / Avaliação
Índice de Barthel 30 no início do internamento (16/10/2018) evoluindo para 75 no momento da alta necessitando ainda de assistência na realização dos autocuidados.
Focos / Diagnóstico de Enfermagem
ÚLCERA POR PRESSÃO , <u>risco</u> <i>relacionado com</i> imobilidade no leito
Objetivos

- Manter a integridade cutânea;
Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden; - Vigiar sinais de úlcera de pressão; - Incentivar a alternância de decúbitos no leito; - Providenciar equipamento adaptativo para o posicionamento (almofadas) - Incentivar a realização de exercícios isotônicos e isométricos; - Incentivar a ingestão de líquidos; - Avaliar o aporte nutricional.
Resultados Esperados / Avaliação
16/10/2018- Score de Escala de Braden 15. Apresenta pele íntegra; 18/10/2018- Score de Escala de Braden 22. apresenta pele íntegra;
Focos / Diagnóstico de Enfermagem
QUEDA , <u>risco</u> <i>relacionado com</i> imobilidade no leito
Objetivos
- Promover a segurança do cliente.
Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda através da Escala de Morse; - Manter um ambiente seguro; - Avaliar o conhecimento sobre regras de segurança;

- Ensinar e instruir sobre a prevenção de quedas;
- Providenciar o folheto do serviço para a prevenção de quedas no hospital e no domicílio;
- Elevar e manter as grades da cama;
- Baixar o plano da cama;
- Providenciar equipamento adaptativo para prevenção de quedas;
- Incentivar o uso de calçado fechado e antiderrapante;
- Incentivar a cliente não realizar transferências, levantar e deambular sozinha.

Resultados Esperados / Avaliação

16/102018- Score da escala de Morse- 60. Realizados ensinios acerca das regras de segurança.

18/10/2016- - Score da escala de Morse- 85. Apresenta risco de queda superior devido a deambular andariho. Apresenta conhecimento acerca das regras de segurança e cumpre as indicações.

Focos / Diagnóstico de Enfermagem

Limpeza das vias aéreas: risco de compromisso, *relacionado com* imobilidade decorrente do pós-operatório

Objetivos

- Assegurar a limpeza das vias aéreas;
- Prevenir complicações decorrentes da imobilização no leito;
- Otimizar a função respiratória.

Intervenções de Enfermagem

- Auscultação pulmonar;

- Avaliar saturação periférica de Oxigênio (SatO2), per Reeducação Funcional Respiratória (RFR);
- Posicionar para otimizar a ventilação promovendo a correção postural;
- Ensinar a posição de descanso e relaxamento;
- Ensinar, instruir e treinar a técnica respiratória;
- Ensinar o controlo e dissociação dos ciclos respiratórios (2 tempos: inspirar pelo nariz, como se cheirasse uma flor, expirar pela boca como soprasse uma vela, mas que não quisesse que ela se apagasse);
- Ensinar a tossir (tosse dirigida; tosse dirigida modificada- Huff);
- Incentivar a mudança de posição e movimento ativo do corpo de forma a favorecer a circulação prevenindo a estase venosa e promover a eficiência das trocas gasosas.

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- Realizada auscultação pulmonar: apresenta murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. A Sr.^a IP encontra-se eupneica com SatO2 de 97-99%. Apresenta respiração toracoabdominal regular e simétrica. Realizados ensinamentos de consciencialização, controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios. Utente já realizava Yoga e possuía noções básicas de respiração abdominodiafragmática.

18/10/2018- Mantém auscultação pulmonar sem alterações. SatO2- 98-100%. Incentivados exercícios respiratórios que utente diz ter cumprido. Apresenta tosse eficaz. Sem evidência de complicações respiratórias.

Focos / Diagnóstico de Enfermagem

AUTOCUIDADO HIGIENE comprometido, *relacionado com* imobilidade no leito no pós-operatório e situação após cirurgia *manifestado por* incapacidade de realizar de forma autónoma o autocuidado higiene: transferência da cadeira de banho, acesso aos utensílios para o autocuidado e lava e secar o MIE

Diagnóstico de Enfermagem Secundário

- Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do autocuidado: higiene
 - ✓ Conhecimento sobre autocuidado: higiene, melhorado
- Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: higiene
 - ✓ Capacidade para executar o autocuidado: higiene, melhorada

Objetivos

- Capacitar o cliente no autocuidado: higiene;
- Realizar o autocuidado de forma mais autónoma possível;
- Promover a independência funcional.

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar o autocuidado através da Escala de Barthel;
- Avaliar conhecimento sobre a adaptação do autocuidado: higiene;
- Avaliar capacidade para adaptação ao autocuidado: higiene;
- Providenciar material adaptativo e sugerir material para a adaptação do autocuidado higiene (cadeira de sanitário, escova de cabo longo, toalha grande);
- Ensinar, instruir e treinar sobre o autocuidado higiene através de estratégias adaptativas: transferência para a cadeira de banho, utilização de escova de lavagem de cabo longo para lavar os MI, utilização de toalha grande para conseguir secar os MI;
- Assistir o cliente no autocuidado auxiliando nas tarefas que não consegue realizar sozinho.

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- Score da Escala de Barthel 30

Os cuidados de higiene foram realizados no leito. Realizados ensinamentos sobre estratégias adaptativas para os autocuidados e feita demonstração com os materiais adaptativos

18/10/2018- Score da Escala de Barthel 50

A Sr.^a IP tem necessidade de ajuda nas transferências para a cadeira de banho. Demonstra conhecimento e capacidade para adaptação no autocuidado higiene: transferência para a cadeira de banho; lavar os MI com a escova de cabo longo e secar os membros inferiores, mas precisa ainda de ajuda e supervisão.

21/10/2018- Escala de Barthel 75

Focos / Diagnóstico de Enfermagem

AUTOCUIDADO VESTUÁRIO comprometido, *relacionado com* imobilidade no leito no pós-operatório e situação após cirurgia *manifestado por* incapacidade de realizar autonomamente o autocuidado vestuário: vestir os MI

Diagnóstico de Enfermagem Secundário

- Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do autocuidado vestuário
 - ✓ Conhecimento sobre autocuidado vestuário, melhorado
- Potencial para melhorar capacidade de adaptação ao autocuidado vestuário
 - ✓ Capacidade para executar o autocuidado vestuário, melhorada

Objetivos

- Capacitar o cliente no autocuidado vestuário;
- Realizar os autocuidados de forma mais autónoma possível;
- Promover a independência funcional.

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar o autocuidado através da Escala de Barthel;

- Avaliar conhecimento sobre a adaptação do autocuidado vestuário;
- Avaliar capacidade para adaptação ao autocuidado vestuário;
- Ensinar, instruir e treinar sobre o autocuidado vestuário através de estratégias adaptativas:
 - vestir primeiro o lado operado e depois o lado não operado, para vestir proceder da forma inversa;
 - utilização de vestuário prático,
 - utilização de calçadeira ou pinça de cabo longo para vestir os MI e calçar sapatos,
- Providenciar material adaptativo e sugerir material para a adaptação do autocuidado vestuário: calçadeira e/ou pinça de cabo longo;
- Assistir no autocuidado auxiliando nas tarefas que não consegue realizar sozinha;

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- Score da Escala de Barthel 30. A Sr.^a IP necessita de ser assistida para despir e vestir os MI. Realizados ensinamentos sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário.

18/10/2018- Score da Escala de Barthel 50. A cliente apresenta conhecimento e demonstra capacidade para adaptação ao autocuidado vestuário, mas precisa ainda de ser assistida e supervisão no autocuidado.

21/10/2018- Score da Escala de Barthel 75

Focos / Diagnóstico de Enfermagem

MOVIMENTO MUSCULAR comprometido, *relacionado com* imobilidade e intervenção cirúrgica *manifestado por* diminuição da força muscular do MIE

Diagnóstico de Enfermagem Secundário

- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
 - ✓ Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado
- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular
 - ✓ Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada

Objetivos

- Prevenir a atrofia muscular e estase venosa, favorecendo a circulação e o retorno venoso;
- Promover a mobilidade e movimentos articulares de todos os segmentos, principalmente do MIE;
- Capacitação do utente para a realização dos exercícios permitidos de acordo com a sua situação clínica.

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar a força muscular segundo a Escala de Força Muscular -Medical Research Council (MRC);
- Disponibilizar o folheto existentes no serviço: “Guia Orientador – Prótese da Anca”;
- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;
- Ensinar sobre exercícios permitidos para situação clínica e alertar para os movimentos não permitidos:
 - não passar o membro operado além da linha média: sentado não deve juntar nem cruzar os membros; na cama deve colocar entre as pernas uma almofada (no hospital é colocado o triângulo abdutor);
 - não efetuar rotação externa e interna do membro operado;
 - na flexão da ACF não ultrapassar os 90º, assim como na flexão do tronco: na posição sentada as mãos não devem ultrapassar os joelhos;

- não deverá apanhar objetos do chão (para o fazer terá de fazer com a flexão do membro não operado e a hiperextensão do membro operado;
- não deverá fazer força no membro operado com este em flexão;
- Incentivar exercícios musculares e articulares ativos livres dos MS e MI não operado;
- Executar/assistir nas mobilizações passivas/ativas assistidas do MI operado (5 a 20 repetições, 2 a 4 vezes por dia, conforme tolerar):
 - Flexão/extensão da articulação TT - 5'' na extensão;
 - Flexão/extensão da articulação CF – 5'' na flexão (nunca até aos 90º);
 - Abdução (até 30º) e adução (até à linha média) da articulação CF;
- Ensinar, instruir e treinar mobilizações ativas da articulação TT e CF;
- Ensinar, instruir e treinar exercícios isométricos dos músculos quadricíptes, glúteos e isquiotibiais (5''/10'' - 10 repetições, 3 vezes por dia, conforme tolerar);
- Incentivar exercícios de elevação lombo pélvica (ponte): aplicar força nos MS (no suporte da cama, trapézio, ou com os antebraços no leito, MIE em extensão, flexão do MID e elevar a região lombo-pélvica. Dar ênfase na contribuição para o equilíbrio e fortalecimento muscular;
- Incentivar as mobilizações ativas/ ativas resistidas;
- Ensinar, instruir e treinar exercícios ativos resistidos:
 - sentado na cadeira com flexão da ACF- 5'' na extensão;
 - realizar push-UP- 5'', quando sentado na cadeira;

- Supervisionar os exercícios aprendidos.

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- Avaliada Força muscular: score MRC- 4/5 do MIE;

- Realizados ensinos acerca dos movimentos permitidos e evitados; exercícios isométricos e isotónicos do MIE e dos restantes grupos musculares;
- Colaborante nas mobilizações e exercícios;
- A Sr.^a IP já tinha conhecimento acerca dos exercícios isométricos da ATT, mas não dos movimentos dos restantes segmentos, principalmente no MIE;
- Demonstrou potencial para melhorar o conhecimento e potencial para melhorar a capacidade de executar as técnicas.

18/10/2018- Avaliada Força muscular: score MRC- 5/5 do MIE;

- Sr.^a IP apresenta conhecimento sobre os ensinos realizados e capacidade para executar os exercícios. Reforçado a realização dos exercícios supervisionando.

Focos / Diagnóstico de Enfermagem

EQUILÍBRIO CORPORAL comprometido *relacionado com* imobilidade e intervenção cirúrgica *manifestado por* incapacidade em levantar-se autonomamente

Diagnóstico de Enfermagem Secundário

- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal
 - ✓ Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal, melhorado
- Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal

✓ Capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal, melhorada

Objetivos

- Ensinar o cliente na técnica do levante;
- Capacitar o cliente no levante de forma autónoma.

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar o equilíbrio corporal sentado estático e dinâmico;
- Avaliar equilíbrio corporal ortostático estático e dinâmico;
- Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg;
- Incentivar a manter o equilíbrio corporal através da correção postural;
- Ensinar técnica de treino de equilíbrio estático: sentada na cama, com as mãos de lado apoiados na cama, suporta o tronco mantendo o equilíbrio;
- Assistir na posição de sentada no leito;
- Assistir na posição de sentada à beira da cama, auxiliando o membro operado;
- Planear o levante, avaliando as condições de segurança;
- Providenciar dispositivos para o levante: suporte da cama- trapézio- elevação da cabeceira (não excedendo a flexão da ACF de 90°), baixar o plano da cama, andarilho e cadeira-de-rodas;
- Assistir na posição ortostática;

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- Score 19 da Escala de Berg; A Sr.^a IP apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada. Na posição de pé a cliente apresenta equilíbrio estático e dinâmico com o apoio de andarilho e do enfermeiro. Apresenta potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica de equilíbrio corporal e potencial para usar técnica de equilíbrio corporal.

18/10/2018- Score 22 da Escala de Berg; A Sr.^a IP apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico na posição de sentado e na posição ortostática. Apresenta conhecimento melhorado acerca da técnica de treino de equilíbrio e capacidade melhorada para usar a técnica. Assume ortostatismo com o andador como auxiliar de marcha e supervisão.

Focos / Diagnóstico de Enfermagem

Transferir comprometido, *relacionado com a imobilidade e intervenção cirúrgica* *manifestado por* incapacidade em transferir autonomamente

Diagnóstico de Enfermagem Secundário

- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se
 - ✓ Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, melhorado
- Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se
 - ✓ Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, melhorada

Objetivos

- Capacitar o cliente nas transferências da cama para a cadeira de rodas e da mesma para a cama;

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar conhecimento e capacidade sobre a técnica de transferência;
- Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência da cama para a cadeira de rodas: levantar para o lado não operado (direito), sentar na cama, apoiar os antebraços no leito, com atenção para não fletir a ACF a 90º, colocar o membro não operado para a beira da cama, enquanto o membro operado acompanha o movimento, até atingir o exterior da cama e ficar na posição de sentada à beira da cama. Posteriormente (se não houver intercorrências e TA estável) o membro não operado segue primeiro para o chão e depois o membro operado;

- Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência da cadeira de rodas para a cama: deitar pelo lado operado (esquerdo), exercendo força no membro não operado com o membro operado em extensão, sentar na cama, com o apoio dos MS; rotação do tronco com o acompanhamento dos MI com elevação do membro não operado sob a cama e com o membro operado a acompanhar o movimento (com a atenção de adução até à linha média);
- Ensinar, instruir e treinar a técnica de sentar e levantar da cadeira. Sentar: MS nos braços da cadeira/barras de apoio dos sanitários, MI operado em extensão, flexão do tronco para a frente e sentar, podendo fletir o MI operado na posição de sentado. Levantar: colocar os MS os braços da cadeira/barras de apoio dos sanitários, MI operado em extensão e exercer força no membro não operado e MS para levantar;
- Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas para transferir-se: da cama para a cadeira de rodas; da cadeira de rodas para o sanitário; do sanitário para a cadeira de rodas; da cadeira de rodas para a cama;
- Providenciar equipamento adaptativo para realizar a técnica de transferência em segurança: andarilho;
- Assistir no transferir-se.

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- Realizados ensinamentos sobre a técnica de transferência alertando os movimentos permitidos e os que não podem ser realizados. Utente tem capacidade cognitiva para ter conhecimento acerca da técnica de transferência assim como tem capacidade para realizar, no entanto apresenta necessidade de assistência e supervisão.

18/10/2018- A cliente apresenta conhecimento melhorado sobre a técnica e capacidade melhorada para usar a técnica. Realizado reforço do ensino para a capacitação da Sr.ª IP. Necessita de assistência mínima: providenciar andarilho e supervisão.

Focos / Diagnóstico de Enfermagem

ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA comprometido relacionado com a intervenção cirúrgica manifestado por défice de conhecimentos na técnica de deambular com o andarilho e canadianas

Diagnóstico de Enfermagem Secundário

- Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha
 - ✓ Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, melhorado
- Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha
 - ✓ Capacidade para andar com auxiliar de marcha, melhorada

Objetivos

- Capacitar o cliente para andar com auxiliar de marcha (andarilho);

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar a força muscular, equilíbrio sentado e ortostático estático e dinâmico, respetivamente;
- Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;
- Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha;
- Ensinar, instruir e treinar técnica de andar com auxiliares de marcha: andarilho (canadianas), perna operada, perna não operada;
- Providenciar equipamento adaptativo para andar: auxiliar de marcha (andarilho e canadianas);
- Realizar treino de marcha com meios auxiliares: andarilho;
- Supervisionar o andar com o auxiliar de marcha.

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- A Sr.^a IP não tem conhecimento acerca da técnica de andar com auxiliar de marcha, mas apresenta potencial para melhorar o conhecimento. No treino de marcha é avaliado potencial para melhorar a capacidade de andar com o auxiliar de marcha;

18/10/2018- realizado treino de marcha com auxiliar de marcha- andarilho. Apresenta conhecimento melhorado sobre andar com auxiliar de marcha e capacidade melhorada. Revela conhecimento acerca técnica e executa sem orientações, necessitando de supervisão. Realizados ensinamentos sobre andar com canadianas para a fase posterior.

Focos / Diagnóstico de Enfermagem
Posicionar <u>comprometido</u> , <i>relacionado com</i> cirurgia realizada <i>manifestado por</i> desconhecimento acerca dos posicionamentos no leito
Diagnóstico de Enfermagem Secundário
<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se - Conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se, melhorado - Potencial para melhorar capacidade para usar as técnicas de adaptação para posicionar-se <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidade para melhorar capacidade para usar as técnicas de adaptação para posicionar-se, melhorada
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a pessoa a alternar decúbitos no leito, adquirindo conhecimentos acerca das técnicas corretas;
Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre posicionar-se; - Providenciar material adaptativo para posicionar-se; - Ensinar sobre dispositivos auxiliares e sobre a técnica de adaptação para posicionar-se: <ul style="list-style-type: none"> - utilização do trapézio na cama; - utilização do triangulo abdutor ou almofada entre os MI; - Instruir e treinar sobre dispositivos auxiliares e sobre a técnica de adaptação para posicionar-se; - Avaliar a capacidade para a utilização de dispositivos auxiliares e sobre a técnica de adaptação para posicionar-se;

- Alternar decúbito dorsal (DD) com almofada na região da coxofemoral para evitar rotação externa e na região popliteia e aquiliana no membro operado – ‘massa muscular livre; decúbito lateral (DL) para o lado não operado/lado direito, mantendo o alinhamento corporal e do membro; Decúbito Semi Dorsal (DSD) para o lado não operado/lado direito;

Resultados Esperados / Avaliação

16/10/2018- Realizados ensinios dos posicionamentos com a utilização dos dispositivos auxiliares (trapézio, triângulo abdutor e almofadas) e das técnicas adaptativas para os posicionamentos;

18/10/2018- A utente tem conhecimento acerca dos posicionamentos, mas necessita de ajuda para alcançar os dispositivos e para alternar os decúbitos no leito.

20/10/2019- Alta clínica. Utente com necessidade de assistência nos autocuidados, transferências e deambulação com andarilho. Regressa para a instituição- Casa dos Professores, onde tem cuidados de enfermagem e encaminhada para o serviço de Medicina Física e Reabilitação do hospital para manter programa de reabilitação.

Bibliografia

- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E. C.; Sousa, L. M.; Alvo, I. B. P.; Vieira, C. M. (2014). *Reabilitar a pessoa Idosa com AVC: contributos para envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Baxter, R., Hastings, N., Law, A., & Glass, E. J. . (2008). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020*. (A. E. LTDA., Ed.), *Animal Genetics* (11ª Edição, Vol. 39). Porto Alegre, Brazil.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 2015*. Lisboa.

Apêndice 6 – Plano de Exercício

Plano De Exercícios Individualizado

Nome: [REDACTED]

1º Exercício



1. Sentada na cadeira, com os pés apoiados no chão, à largura da anca;
2. Pegar num bastão/cabo/bengala com os dois braços à largura dos ombros e as costas direitas;
3. Com os braços esticados, levante-os até à altura que conseguir e depois baixe;
4. Repita 8 vezes.

2º Exercício



1. Sentada, com as costas direitas e encostadas à cadeira;
2. Levantar a perna até ficar esticada;
3. Tente ficar com a perna esticada durante 5 segundos (ou conte até 5);
4. Repita 8 vezes.
5. Repetir o exercício com a outra perna.

3º Exercício



1. Sentada na cadeira, com as costas direitas;
2. Colocar uma bola entre as pernas e mantenha-a segura;
3. Aperte as pernas contra a bola e conte 5 segundos e relaxe;
4. Repita 8 vezes.

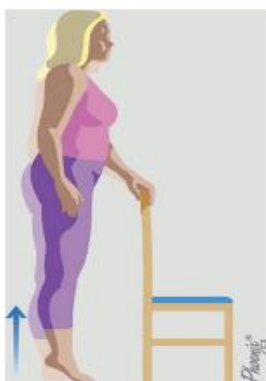
Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED]
Equipa de Cuidados Continuados Integrados

4º Exercício



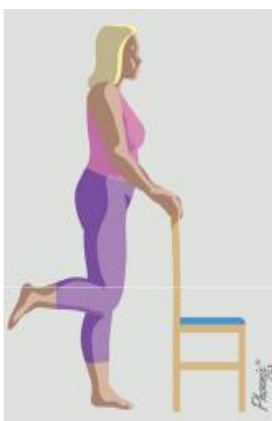
1. Sentada na cadeira, com as costas direitas;
2. Colocar as pernas à largura da anca, apoiadas no chão;
3. Levantar da cadeira e depois sentar;
4. Sentar na cadeira o mais lento que conseguir.
5. Repita 8 vezes.

5º Exercício



1. Com os pés à largura das ancas e as costas direitas colocar-se de pé;
2. Apoiar as mãos nas costas da cadeira ou sofá ou aparador;
3. Ficar na ponta dos pés (bico dos pés) e voltar com pés a tocar o chão;
4. Repita 8 vezes.

6º Exercício



1. Colocar-se de pé com os pés à largura das ancas com as costas direitas;
2. Apoiar as mãos nas costas da cadeira ou sofá ou aparador;
3. Dobrar a perna para trás e tente ficar durante 5 segundos (contar até 5);
4. Repetir o exercício com a outra perna.
5. Repita 8 vezes.

Realize os exercícios de pé acompanhada pela filha ou familiar.

Procure fazer caminhadas com a bengala e acompanhada.

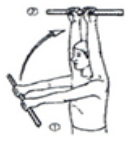
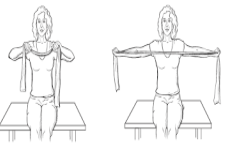

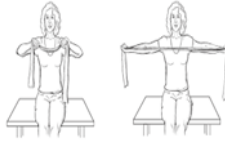
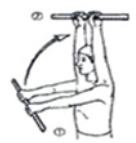

















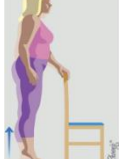

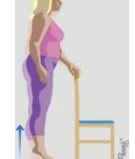





Bom Trabalho!

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

Estudante da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: [REDACTED]

Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] CP
Equipa de Cuidados Continuados Integrados

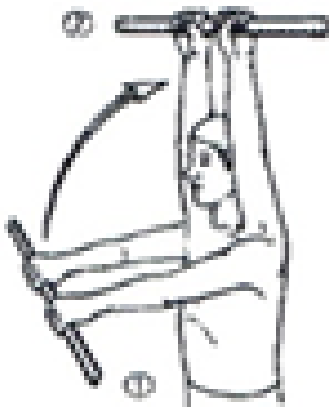
Plano Semanal De Exercícios

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
1 	7 	1 	7 	1 
2 	8 	12 	2 	16 
3 	9 	13 	3 	9 
4 	4 	4 	4 	4 
5 	10 	5 	15 	5 
6 	11 	14 	6 	11 

Plano De Exercícios Individualizado

Nome: [REDACTED]

1º Exercício



5. Sentada na cadeira, com os pés apoiados no chão, à largura da anca;
6. Pegar num bastão/cabo/bengala com os dois braços à largura dos ombros e as costas direitas;
7. Com os braços esticados, levante-os até à altura que conseguir e depois baixe;
8. Repita 8 vezes.

2º Exercício



6. Sentada, com as costas direitas e encostadas à cadeira;
7. Levantar a perna até ficar esticada;
8. Tente ficar com a perna esticada durante 5 segundos (ou conte até 5);
9. Repita 8 vezes.
10. Repetir o exercício com a outra perna.

3º Exercício



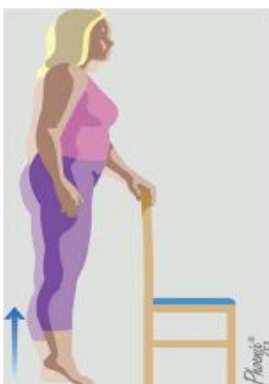
5. Sentada na cadeira, com as costas direitas;
6. Colocar uma bola entre as pernas e mantenha-a segura;
7. Aperte as pernas contra a bola e conte 5 segundos e relaxe;
8. Repita 8 vezes.

4ºExercício



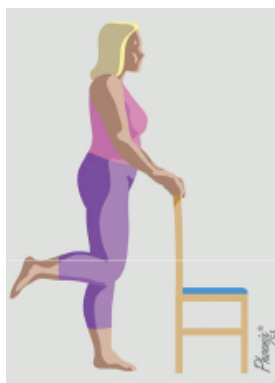
6. Sentada na cadeira, com as costas direitas;
7. Colocar as pernas à largura da anca, com os pés apoiados no chão;
8. Levantar da cadeira e depois sentar;
9. Sentar na cadeira o mais lento que conseguir.
10. Repita 8 vezes.

5ºExercício



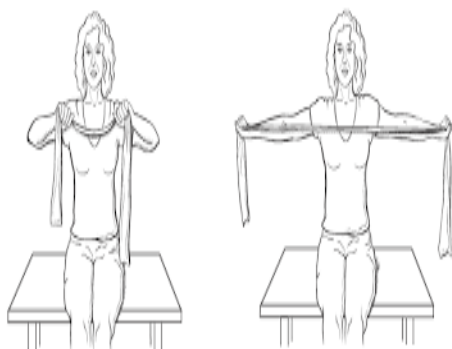
6. Com os pés à largura das ancas e as costas direitas colocar-se de pé;
7. Apoiar as mãos nas costas da cadeira, sofá ou aparador;
8. Ficar na ponta dos pés (bico dos pés) e voltar com pés a tocar o chão;
9. Repita 8 vezes.

6ºExercício



1. Colocar-se de pé com os pés à largura das ancas com as costas direitas;
2. Apoiar as mãos nas costas da cadeira ou sofá ou aparador;
3. Dobrar a perna para trás e tente ficar durante 5 segundos (contar até 5);
4. Repetir o exercício com a outra perna.
5. Repita 8 vezes.

7ºExercício



1. Sentada, com as costas direitas e encostadas à cadeira;
2. Colocar as pernas à largura da anca, com os pés apoiados no chão;
3. Segurar com a palma das mãos viradas para baixo uma collant ou elástico à altura dos ombros e abrir os braços exercendo força para fora;
4. Repita 8 vezes.

8ºExercício



1. Sentada, com as costas encostadas na cadeira e os pés no chão afastados na largura da anca;
2. Começa com o braço esticado para baixo, ao lado do corpo, com a palma da mão para a frente;
3. Dobre o braço lentamente, até a mão alcançar o peito;
4. Lentamente, estique o braço até à posição inicial;
5. Repita 8 vezes.

9ºExercício



1. Sentada, com as costas direitas e encostadas à cadeira;
2. Colocar uma bola ou uma garrafa debaixo do pé;
3. Deslize para a frente e para trás de forma a que toda a planta do pé, dos dedos ao calcanhar, passe pela bola ou garrafa;
4. Repita 8 vezes;
5. Faça o exercício com o outro pé.

10º Exercício



1. Colocar os pés à largura das ancas com as costas direitas;
2. De pé, apoiar as mãos nas costas da cadeira, sofá ou aparador;
3. Dobrar a perna, lentamente, com o joelho em direção ao peito, mantendo as costas direitas, evitando a inclinação do tronco para a frente;
4. Lentamente, volte à posição inicial;
5. Repita 8 vezes;
6. Faça o exercício com a outra perna.

11º Exercício



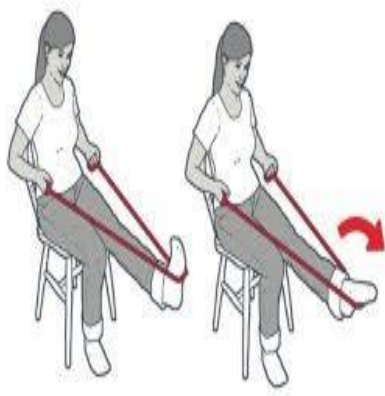
1. Colocar os pés à largura das ancas, com as costas direitas;
2. Se estiver de pé, apoiar as mãos nas costas da cadeira, sofá ou aparador;
3. Lentamente, levante a perna para o lado, afastando do corpo;
4. Volte à posição inicial, mantendo os pés afastados à largura das ancas;
5. Repita 8 vezes;
6. Faça o exercício com a outra perna.

12º Exercício



1. Sentada, com as costas encostadas na cadeira e os pés no chão afastados à largura da anca;
2. Coloque os braços esticados ao longo do corpo, com as palmas das mãos viradas para dentro;
3. Levante os braços para a frente, rodando os punhos para as palmas das mãos ficarem viradas para cima;
4. Lentamente, baixe os braços para a posição inicial, ficando com a palma das mãos viradas para dentro;
5. Repita 8 vezes

13ºExercício



1. Sentada, com as costas direitas e encostadas à cadeira;
2. Colocar uma perna à largura da anca, com o pé apoiado no chão;
3. Com uma collant ou elástico, coloque o pé no meio e segure as pontas com as mãos;
4. Faça o movimento de esticar a perna e mover o pé apontando os dedos para cima e depois para baixo;
5. Repita 8 vezes;
6. Faça o exercício com a outra perna.

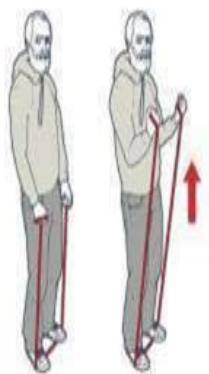
14ºExercício

1. De pé, colocar os pés à largura das ancas, com as costas direitas;



2. Apoiar-se com as mãos nas costas da cadeira, sofá ou aparador com ligeira inclinação para a frente;
3. Lentamente, com a perna esticada, levante-a para trás e tente ficar nessa posição;
4. Depois lentamente baixe a perna até à posição inicial;
5. Volte à posição inicial, mantendo os pés afastados à largura das ancas;
6. Repita 8 vezes;
7. Faça o exercício com a outra perna.

15ºExercício



1. De pé ou sentado colocar os pés à largura das ancas, com as costas direitas;
2. Com collant ou elástico, colocar os pés no meio e segure nas pontas;
3. Lentamente, levante os braços até à altura do peito, tente ficar nessa posição;
4. Lentamente, volte à posição inicial;
5. Repita 8 vezes.

16º Exercício



1. Sentada, com as costas encostadas na cadeira e os pés no chão afastados à largura da anca;
2. Coloque os braços esticados ao longo do corpo, com as palmas das mãos viradas para dentro;
3. Levante os braços, para os lados, até à altura dos ombros, espere 3 segundos;
4. Lentamente, volte à posição inicial;
5. Repita 8 vezes.

No final do exercício deverá realizar alongamentos.

Atenção:

Nos exercícios que sejam realizados de pé deve estar acompanhada pela filha ou familiar;

Muito importante manter uma posição correta, tentando ficar com as costas mais direitas que conseguir;

Deverá contrair os músculos da barriga e das pernas na realização dos exercícios, evitando a força nas costas;

Deverá realizar os exercícios de acordo com a sua tolerância, sem provocar dor ou cansaço, nesse caso **pare** o exercício;

Procure fazer caminhadas com a bengala e acompanhada.

Bom Trabalho!

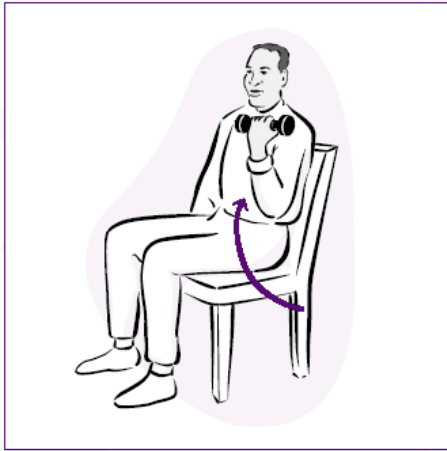
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação: [REDACTED]

Estudante da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: [REDACTED]

Plano De Exercícios Individualizado

Nome: Sr.^a M [REDACTED]

1º Exercício



1. Sentada, com as costas encostadas na cadeira e os pés no chão afastados na largura da anca;
2. Começa com o braço esticado para baixo, ao lado do corpo, com a palma da mão para a frente;
3. Dobre o braço lentamente, até a mão alcançar o peito, espere 3 segundos;
4. Lentamente, estique o braço até à posição inicial;
5. Repita 8 vezes;
6. Faça o exercício com o outro braço.

2º Exercício



1. Sentada, com as costas encostadas na cadeira e os pés no chão afastados na largura da anca;
2. Coloque os braços esticados ao longo do corpo, com as palmas das mãos viradas para dentro;
3. Levante os braços, para os lados, até à altura dos ombros, espere 3 segundos;
4. Lentamente, volte à posição inicial;
5. Repita 8 vezes.

3º Exercício



5. Repita 8 vezes.

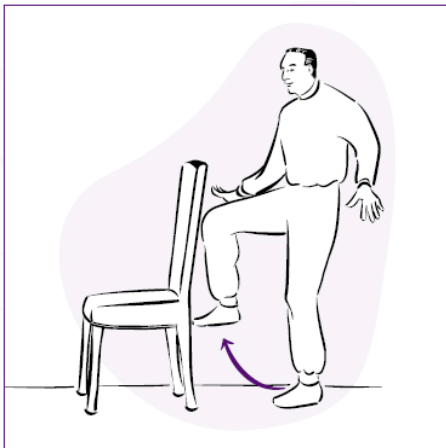
1. Sentada, com as costas encostadas na cadeira e os pés no chão afastados na largura da anca;
2. Coloque os braços esticados ao longo do corpo, com as palmas das mãos viradas para dentro;
3. Levante os braços para a frente, rodando os punhos para as palmas das mãos ficarem viradas para cima, espere 3 segundos;
4. Lentamente, baixe os braços para a posição inicial, ficando com a palma das viradas para dentro;

4º Exercício



1. Colocar os pés à largura das ancas, com as costas direitas;
2. Se estiver de pé, apoiar as mãos nas costas da cadeira, sofá ou aparador;
3. Lentamente, levante a perna para o lado, afastando do corpo;
4. Volte à posição inicial, mantendo os pés afastados à largura das ancas;
5. Repita 8 vezes.
6. Faça o exercício com a outra perna.

5º Exercício



1. Colocar os pés à largura das ancas com as costas direitas;
2. Se estiver de pé apoiar as mãos nas costas da cadeira, sofá ou aparador;
3. Dobrar a perna, lentamente, com o joelho em direção ao peito, mantendo as costas direitas, evitando a inclinação do tronco para a frente;
4. Lentamente, volte à posição inicial;
5. Repita 8 vezes;
6. Faça o exercício com a outra perna.

6º Exercício



1. Sentada na cadeira, com as costas direitas;
2. Colocar as pernas à largura da anca, apoiadas no chão e os braços no peito ou na cintura;
3. Fazer inclinação do tronco para a frente e levantar da cadeira;
4. Depois, sentar na cadeira o mais lento que conseguir.
5. Repita 8 vezes.

Procure realizar as suas tarefas domésticas, mantendo-se ativa.

Bom Trabalho!

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação: [REDACTED]
Estudante da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: [REDACTED]

Anexos

Anexo 1- Certificados



Participação em Eventos Científicos

Certificado

Certifica-se que Maria João Da Costa Pechorro, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação 12609343, frequentou o seguinte evento científico:

1^{as} Jornadas Reabilitação em Neurociências

que decorreu a 27 de Outubro de 2018, com a duração de 9 horas, no seguinte local: Hospital CUF Porto

Camaxide, 27 de Outubro de 2018

 
academiauf
Associação de Faculdades
de Medicina da Universidade de Fátima
Rua do Forte, nº3 - Edifício Suécia III, Piso 2
2710-073 Camaxide

Cláudia Silveira

Código de Certificado: C-5bce5667dd0c8

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide



academiauf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Eletrónico

Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2018

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UM PATRIMÓNIO PARA O FUTURO

Certifica-se que:

Maria João Da Costa Pechorro

esteve presente no
Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2018,
que decorreu em ***Évora*** de ***6 a 8 de dezembro***, num total de ***18 horas***.

A Presidente da APER,


(Isabel Ribeiro)

ÉVORA HOTEL
6 A 8 DE DEZEMBRO DE 2018



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2018

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UM PATRIMÓNIO PARA O FUTURO

Certifica-se que:

Maria João Da Costa Pechorro

esteve presente no

Workshop: Manobras mecânicas de higiene brônquica

que decorreu no Congresso Internacional de Enfermagem
de Reabilitação 2018, que decorreu em Évora de 6 a 8 de dezembro.

A Presidente da APER,


(Isabel Ribeiro)

ÉVORA HOTEL
6 A 8 DE DEZEMBRO DE 2018



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2018

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UM PATRIMÓNIO PARA O FUTURO

Certifica-se que:

Maria João Da Costa Pechorro

esteve presente no

***Workshop: Auscultação pulmonar e interpretação radiológica
do tórax***

que decorreu no Congresso Internacional de Enfermagem
de Reabilitação 2018, que decorreu em Évora de 6 a 8 de dezembro.

A Presidente da APER,


(Isabel Ribeiro)

**ÉVORA HOTEL
6 A 8 DE DEZEMBRO DE 2018**



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2018

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UM PATRIMÓNIO PARA O FUTURO

Certifica-se que:

Maria João Da Costa Pechorro

esteve presente no

Workshop: Cuidar e Hidratar na Disfagia

que decorreu no Congresso Internacional de Enfermagem
de Reabilitação 2018, que decorreu em Évora de 6 a 8 de dezembro.

A Presidente da APER,


(Isabel Ribeiro)

ÉVORA HOTEL
6 A 8 DE DEZEMBRO DE 2018